Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

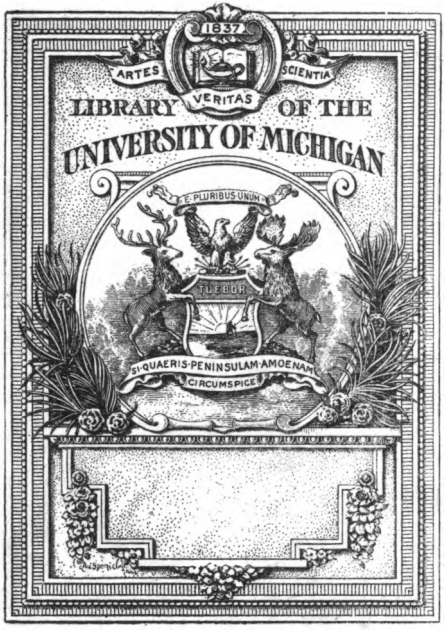
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
M74
04

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL**
in Mallendar bei Vallendar a./Rh.

Einundzwanzigster Jahrgang.

BERLIN 1887.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.

Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Digitized by Google

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Abductorlähmung des linken Stimmbandes, e. Fall von 108.
Abscess, e. Fall von retropharyngealem, den Tod durch Druck auf die Luftröhre verursachend 81.
Aether, locale Einwirkung des auf die Larynxmuskeln 47.
Ammonium chloratum, über d. Anwendung des als Inhalation b. Krankheiten der Athmungswege 112.
Amygdalitis, acute b. e. m. tert. Rachensyphilis behafteten Kranken 264.
—, Behandlung der acuten 294.
—, über folliculäre 107.
Anästhesien, d. hysterischen d. Schleimhäute u. d. Sinnesorgane u. d. hysterog. Zonen d. Schleimhäute 135.
Aneurysma der Aorta anonyma 12.
— des Aortenbogens b. einem Syphilitischen; Erstickungsanfälle m. Blutungen, Tracheotomie, Tod 272.
— d. Aorta thoracica, Dyspnoe, Durchbruch in d. l. Bronchus 301.
Angina, über d. Ludwig'sche 264.
—, Lähmung des Armes nach einf. catarrhalischer 45.
—, Lähmung nach einfacher 45.
— von Ludwig, crit. Studie über die 45.
Angiom der Uvula, e. Fall von cavernösem 139.
Angioma varicosum des Gaumensegels, der l. Mandelgegend u. des vorderen Gaumenbogens, geheilt durch Electropunctur 331.
Antr. Highmori, Empyem des mit Blennorrhoe der Nase 291.
Aorta anonyma, Aneurysma der 12.
— thorac., Aneurysma der; Durchbruch in d. l. Bronchus 301.
Aortenaneurysma, Recurrensverletzung durch ein 240.
Aortenbogen, Aneurysma des bei e. Syphilitischen etc. 272.
Aphonie, einige Fälle von nervöser, durch Suggestion in wachendem Zustande geheilt 235.
Aphthen, über d. epidem. u. contagiöse Natur der 233.
Apparat, üb. e. neuen, um aus Wasserstoffsuperoxyd einen Ozonspray zu erzeugen 295.
Aprosexia, über 284.
Arterien, Fälle v. sichtbar pulsirenden an d. Hinterwand des Pharynx 165.
—, 5 Fälle v. entwickelten, m. blossem Auge an d. hint. Pharynxwand sichtbar 294.
Arthritis crico-arytaenoidea, über 50.
Asthma, welche Erfolge hat die Behandlung des vermittelst Aetzung der Nase aufzuweisen? 134.
Asymmetrie des Kehlkopfgerüstes, über 347.
Ataxia locomotrice, paralisi e crisi laringee come contributo allo diagnosi dell'inizio dell'205.
Athmung, 3 Fälle, welche d. Schwierigkeiten verdeutlichen, d. natürliche nach d. Luftröhrenschnitt herzustellen, u. ihre Behandlung durch die Catheterisation der Luftröhre 170.
Atrophie, allgemeine des leitenden Gehörapparates 41.
Auricle, a case of Epithelioma of the 15.

138575

Digitized by Google

Bacillen des Rhinosclerom 43.
Bernsteinknopf im Ohre 113.
Bericht, ärztlicher üb. d. Taubstummen in d. Anstalt zu Berkeley 329.
— über d. Leistungen der med. Clinik der Universität Lüttich 50
—, zweiter von d. Clinik f. Ohren-, Nasen- etc. Krankheiten des Commune-Hospitals in Stockholm 286.
Berichtigung 370.
Bewegungserscheinungen am Trommelfell, über 104.
Blennorrhoea nasi 263.
Blödsinn, Diagnose des, durch Untersuchung d. Gaumens od. Uranostomatoscopia phrenopathica 46.
Blutcyste der Zunge 166..
Blutegel im Larynx 296.
Boracic acid, best form of, for use in the Ear 164.
Borsäurebehandlung bei Mittelohreiterungen, üb. die u. die gegen dieselbe erhobenen Einwürfe 77.
Bourdonnements d'oreille dans les affections de l'estomac 17.
Bronchialcyste, oberh. der r. Ohrmuschel sitzend 290.
Bruch eines kl. Stückes des Trommelfellringes vom Schläfenbein beim Versuch, eine im Ohre befindl. Nadel zu entfernen 41.
Bursa pharyngea, die in anatom. und patholog. Beziehung 44.
— —, üb. Erkrankung der 169.

Canalis facialis, Sägeschnitt z. Eröffnung des ganzen 33.
Cauterisation of the nasal mucous membrane for facial neuralgia 202.
Canüle, pract. Winke üb. d. Vorgehen b. d. Einführung d. O'Dwyer'schen 83.
Carbolglycerin bei acut. Otitis med. 228.
Caries des Weisheitszahnes, Osteoperiostitis des Unterk., Phlegmone der Suprahyoidealregion 266.
Carotis comm., Unterbindung der, angestochen durch e. Fischgräte 295.
— interna, Ruptur der in Folge von Necrose des Schläfebeins 262.
Cartilago quadr. des Nasenseptums, Resection der zur Heilung der scoliosis septi 291.
Catarrh im Sinus maxill., Behandlung des 265.
Catheterisation der Luftröhre, Behandlung durch die, um d. natürl. Athmung herzustellen 170.
Cefalalgia faringo-timpanica, tre casi di 203.
Cerebellum, Prolapsus des 357.
Cerebrospinalmeningitis, doppelseitige Labyrintherkrankung während e. 39.
—, sudden and total deafness a symptom of 164.
—, z. einem Abscess der Speiseröhre führend 239.
Ceruminalpfröpfe, üb. durch Schalleinwirkung zu erzeugende Gehörsverbesserung bei 198.
Chloroformnarcose b. d. Tracheotomie 268.
Choanalpolypen, einige Bemerkungen üb. Operation von mit Angabe einer neuen Operations-Methode 42.
Choanen, congenitaler knöcherner Verschluss der 43.
Choanenverschluss, üb. d. operat. Behandlung des 329.
Chondrom der Parotis, i. d. Mund hineinragend, Exstirpation durch d. Mund 47.
—, in den Pharynx hineinragend, Exstirpation durch den Mund 294.
Chorea laryngis 336.
Cocain, Anwendung des bei d. Staphylorrhaphien 266.
—, Ereigniss bei Gebrauch des als Anästheticum v. d. Amygdalotomie 234.
— in acuter Pharyngitis 20.
Concrement der Tonsille 276.
Congress, d. laryngol. Section des internat. med. zu Washington 1887 332.
— deutscher Naturf. uud Aerzte in Wiesbaden 283. 351.
— otolog. Section des internat. med. zu Washington 1887 327.
Cricoarytaenoidalgelenke, üb. d. Entzündung der b. beginnender Larynxtuberculose 369.
Cricoarytänoideus posticus - Lähmung, Nachtrag üb e. Fall von, Sectionsbefund 204.
Croup, Bericht über 50 mittelst Intubation behandelte Fälle von 366.
Croup, diphtheritischer; Tracheotomie, Diphtherie der Wunde, Heilung 166.
—, latenter, chron. Diphtheritis 48.
— und Asthma, Analogie zwischen 80.
Cyste der Unterzungenbeingegend 82.
Cysten des Kiefers, die histor. Entwicklung der Lehre üb. die 55.
Cystenbildung in d. Ohrmuschel üb. 351.

Digitized by Google

Deafness, sudden and total, a symptom of Cerebrospinal-Meningitis 164.
Deformities of the nasal septum 43.
Dehiscenz des Schläfenbeins, üb. spontane des und deren Bedeutung f. d. pract. Ohrenheilkunde 197.
Diphtheria, laryngeal Intubation and patholog. anatomy 82.
Diphtherie, Epiglottisverlust nach 295.
—, gefolgt v. sehr ausgedehnter Lähmung, Heilung 141.
— in Bassingbourn 81.
—, pseudomembran. Abgüsse der Tonsillen u. d. weichen Gaumens bei 81.
Diphtheritis-Behandlung, Essig, mit Carbolsäure verbunden, bei 266.
— mittelst Eisenchlorid u. ferr. oxychlorat. 266.
Diphtheritis, chronische 48.
—, e. Fall von chronischer 332.
—, üb. larvirte 331.
—, Untersuchungen über Pilzinvasion des Labyrinths und der Felsenbeinpyramide im Gefolge v. einfacher 128.
— -Epidemie, üb. Ausbruch einer 167.
Drüsenaffection, auf syphilitischer Basis beruhende retropharyngeale 49.

Ecchondrosen u. Exostosen des Kehlkopfes 49.
Eiter, üb. d. Vorkommen von grünem im Ohre 145. 178.
Empyema antri Highm. c. blennorrhoea nasi 291.
Emphyseme, üb. d. Verbreitungswege submucöser in d. Gegend der Eust. Ohrtrompete 229.
Empyem der Highmorshöhle, Beitrag zur Lehre vom 277. 321.
Epiglottisverlust nach Diphtherie 295.
Epistaxis, über 333.
—, zur Behandlung der 134.
Epitheliom des weichen Gaumens 108.
— der Ohrmuschel 41.
Epithelioma der Zunge 47.
— of the auricle, a case of 15.
Erysipel des Kehlkopfes 336.
— der oberen Luftwege, e. Fall v. 170.
— des Pharynx 165.
Erysipelas, üb. 2 merkwürd. Fälle v. Kehlkopf- etc.; Berichtigung 37.
Exostose des proc. mastoid. 17.

Fibrom der Nasenhöhle, Fall von 336.
Fibrosarcom der Nasenscheidewand, Operation, Heilung 292.
—, primäres d. rechten Nasenhälfte 19.
Fixationsnadel mit Leitharpune z. Gebrauch b. Operationen am Schwellkörper der Nase 44.
Flüssigkeiten, d. percut. Einspritzung von in d. Trachea u. ihre Wirkung auf die Lungen und den Gesammtorganismus 207.
Fremdkörper aus der vorderen Nasenöffnung zu entfernen, eine bequeme Art 329.
—, Einklemmung eines in der Speiseröhre etc., Heilung 22.
—, feste in den Luftwegen 23.
—, im Kehlkopf, ein Fall von 156.
— im Oesophagus, Laryngotomie, Tracheotomie, Heilung 300.
— im Pharynx 267.
— in d. Luftwegen, Cocäinisirung des Larynx, leicht gelungene Entfernung des mit Hilfe des Spiegels 49.
— in d. Luftwegen, 2 Fälle von 239.
—, Oesophagotomie wegen 239.
— im Pharynx 108.

Gabel, Extraction e. eisernen mittelst Magenschnitt etc. 54.
Galvanocauter f. d. Trommelfell, e. 130.
Gastrotomie, ein Fall von m. Tracheotomie wegen Krebs der Speiseröhre und des Kehlkopfes 112.
—, 2 erfolgreiche Fälle von, einer zusammen mit Tracheotomie 54.
—, 2 Fälle von 301.
Gaumen, angeb. Verschluss des 139.
—, Epitheliom des weichen 108.
Gaumenhaken, fixirbarer 70.
—, Modification des Voltolini'schen 69.
Gaumensegel, 2 merkwürdige tot. Verwachsungen des m. d. Pharynx 294.
Gehirnabscesse in Folge v. Ohrenleiden, über die chirurg. Behandlung v. 130.
—, zur Behandlung der 25.
Gehörapparat, allgem. Atrophie des leitenden 41.
Gehörorgan, üb. Cholesteatom des 358.
Gehörschnecke, einiges Anatomische aus der, u. üb. d. Function derselben resp. des Gehörorganes 72.
Gehörs-Verbesserung bei Ceruminalpfröpfen, üb. durch Schalleinwirkung zu erzeugende 198

Digitized by Google

Gehörzähne d. Schnecke des Menschen und der Säugethiere u. deren Gefässe 72.
Geschwülste, eine neue Methode zur Entfernung von infrachordalen 53.
Geschwüre, acute tuberculöse im Pharynx 265.
Glandula thyroidea, Tumor der 302.
Glottis-Erweiterer, doppelseit. Paralyse der in Folge v. Druck eines Aorten-Aneurysma's auf den N. recurrens sin. Ruptur jenes — Tod 121.
Granulombildung nach d. Tracheotomie, über die Verhinderung der 109.

Haematom of the ear, treatment of 79.
— der Nasenscheidewand, seine Entstehungsart, Symptome, Diagnose, Behandlung 20.
—, ein in dem Larynx 238.
Hemiatrophie der Zunge von bulbärem Ursprung 139.
Herzdilatation, acute u. körn. Degeneration der Herzmusculatur in der Reconvalescenz nach Rachendiphtheritis 296.
Heufieber, Asthma und verwandte Affectionen 262.
—, schnelle und bisweilen erfolgreiche Art, dasselbe zu behandeln 231.
Highmorshöhle, Beitrag z. Lehre vom Empyem der 277. 321.
Hirnabscess, operativ geheilter nach Otitis media 103.
Hörschärfe, d. Bestimmung der 360.
—, üb. die Abhängigkeit der von der Hörzeit 127.
Hörprüfung m. Stimmgabeln, d. graph. Darstellung der Resultate der 127.
— mit Stimmgabeln, z Frage der 127.
Husten, zur Lehre vom 192. 220.
Hypertrophien und Geschwülste der Nasen- und Schlundhöhlen, über die Natur und Behandlung der 263.
Hysterie und Tics 303.

Infiltrat gommos., le injezioni di sublimato corrosivo negli 203.
Injectionen, über d. Anwendung submucöser b. chron. Nasen- u. Rachen-Affectionen 330.
Instrument, e. neues galvanocaustisches 330.
Instrumente nach Dr. Krause 70.
Intubation bei Laryngeal- u. Trachealstenose, mehrere Fälle von 337.
—, Bericht über 165 Fälle von O. Dwyer'scher b. Larynxdiphtherie 48.
— des Kehlkopfes, Discussion über d. O'Dwyer'sche in der New-York academy of medecine 236.
— des Kehlkopfes, 3 Fälle von 238.
— des Kehlkopfes, e. Fall von u. Erstickung in Folge v. Verstopfung des Tubus 110.
— des Kehlkopfes, über 142. 297.
— des Kehlkopfes, über d. Hauptnachtheile der O'Dwyer'schen 297.
— des Kehlkopfes, zur 83.
— des Larynx 23.
— des Larynx im Boston-City-Hospital 238.
— des Larynx, über d. O'Dwyersche 169.
— des Larynx, 4 Fälle von 109.
— die des Larynx 238.
— of the Larynx 23.
— of the Larynx, the early history 82.
— -Apparat, Modificationen am O'Dwyer'schen 169.
— and patholog. anatomy 82.
— und Tracheotomie 170.
— und Tracheotomie bei diphtherit. Larynxstenose, e. vergleichende Studie über 337.

Jahresbericht, zweiter der Halsabtheilung des deutschen Dispensary in New-York 365.
Jodol als Ersatzmittel für Jodoform 258.
—, die Anwendung des b. Mittelohrentzündungen 290.

Kehlkopf, die Beziehungen des zu den Lungenkrankheiten 298.
—, die Photographie d. singenden 23.
—, z. Intubation des 83.
— -Entzündung, hyperplastische syphilitische 111.
— -Erysipelas, 2 merkwürdige Fälle von nebst Bemerkungen üb. d. Aetiologie der — Berichtigung 37.
— -Exstirpation des 87. 206.
— -Exstirpation, e. Fall v. totaler 110.
— totale, 87.
— -Exstirpationen üb. 269.
—, Fall v. Exstirpation des ohne vorhergehende Tracheotomie 87.
—, halbseitige Exstirpation des 172.
—, Lymphgefässsystem im 267.
—, über Ecchondrosen und Exostosen des 49.

Digitized by Google

Kehlkopf, Verbrennung des bei einem Kinde; Tracheotomie, Heilung 86.
Kehlkopfgerüst, üb. Symmetrie des 347.
— -krebs, über den 206.
— -oedem, üb. 51.
— -phthise, üb. das Verhältniss der zur Lungenphthise 206.
— -polyp, üb. d. Operation eines seltneren 60.
Keuchhusten, Behandlung des mittelst Pulvereinblasungen in die Nase 332.
Kiefer, die histor. Entwickelung der Lehre über d. Cysten des 55.
Kohlengas als Ursache von Halsentzündungen 165.
Krebsexstirpationen, über grosse im Munde, im Pharynx u. an den Gaumenbögen 234.
Kropf, Bericht üb. einige Fälle v. 167.
—, einige Notizen über den in Kleinasien 350.
—, hypertrophischer m. secund. Knoten im Schädelknochen 168.

Labyrintherkrankung, doppelseitige w. einer Cerebrospinal-Meningitis 39.
— in einem Falle von Leukaemie 40.
Labyrinthes, Beitrag zur anat. Präparation des häutigen 177.
Labyrinthveränderungen nach Masern, über 283.
Laryngealleiden b. Tabes dorsalis 88.
Laryngitis, acute, eiternde; Tracheotomie, Tod 236.
—, Behandlung des pseudo-membranösen mittelst Electrolyse 110.
— haemorrhag. Bemerkungen üb. e. Fall von 296.
— hypoglottica hypertrophica 168.
— sicca s. atrophica 141.
—, syphilitic hyperplastic 84.
— syphilit. oedematosa 84.
Laryngologie, Ludwig Mende und seine Beziehungen zur 158.
Laryngoscop, Einfluss desselben auf d. Diagnose d. extralaryngealen Krankheiten 52.
Laryngotomia intercricothyr. 86. 271.
Laryngotomie 171.
Larynx, Blutcyste im 51.
—, Intubation des 22. 23.
—, Intubation of the 23. 82.
—, Schleimpolyp und Blutcyste im 51.
—, the early history of intubation of the 82.
Larynxchirurgie, üb. e. neues Capitel der 369.
Larynxcysten 299.
Larynxdiphtherie, Bericht üb. 165 Fälle v. O. Dwyer'scher Intubation bei 48.
— ein Fall von Perichondritis des d. Necrose des Ringknorpels 85.
— Excision of left half of the for Epithelioma-Recovery 110.
Larynxexstirpation 271.
—, über einseitige mit einem Beispiel von Heilung 53.
Larynxfistel, operativer Verschluss einer 86.
Larynxgeschwüre, über Combination syphilit. u. tuberculöser 205.
Larynxgummata, z. Lehre der 268.
Larynxhämaton, i. Folge v. Trauma 23.
Larynxkrebs, üb. e. Fall v. primärem 85.
Larynxlähmungen, über centrale 206.
Larynxlepra 85.
Larynxoedem, 3 Fälle von, mit Erfolg mittelst Scarification behandelt 267.
—, entzündliches; Erstickungsgefahr, Rettung durch heisses Wasser 84.
—, foudroyantes 51.
Larynxphthise, die Heilbarkeit der u. ihre chir. Behandlung 367.
—, über die Krankheit der Milchsäure b. Behandlung der 369.
Larynxstenose, e. Fall von, behandelt mittelst method. Dilatation 338.
—, e. vergleichende Studie über Intubation u. Tracheotomie bei diphtheritischer 337.
Larynxstenosen, Vorschlag einer neuen Behandlungs-Methode paralyt. 53.
Larynxtubage, um d. Tracheotomie zu ersetzen 298.
Larynxtuberculose, die modernen Ansichten über die Pathologie und Therapie der 333.
— mit Tracheotomie, e. Fall von, bei welchem d. Canüle erst nach 3 Monaten entfernt werden konnte 52.
—, über d. Localbehandlung der 170.
—, über d. negativen Werth d. Milchsäure bei Behandlung der 20.
—, üb. d. Entzündung der Cricoarytaenoidalgelenke, b. beginnender 369.
Leukaemie, Labyrintherkrankung in e, Falle von 40.
Leucoplakia buccalis, Heilung e. Falles von 331.
Lüttich, Bericht üb. d. Leistungen d. medicin. Clinik der Universität 50.

Digitized by Google

Lungenphthise, üb. das Verhältniss der Kehlkopfphthise zur 206.
Lungentuberculose u tracheo-bronchiale Lymphdrüsenschwellung 302.
Lupus des Pharynx 294.
Lymphadenom der Mandel 80.
Lymphdrüsenschwellung, Behandlung der mit Arsenik 207.
Lymphgefässsystem d. Kehlkopfes 267.
— in den Mandeln, Verbreitung und Verhältnisse des 234.
Lymphosarcom der Zunge 139.

Magnetnadel, Nutzen der u. des Magneten, um die Gegenwart einer eisernen Gabel im Magen festzustellen 54.
Mandel, bösartiges Sarcom der 234.
Mandelentzündungen, Behandlung der 139.
Mandelentzündung, üb. das Zustandekommen der Orchitis u. Ovaritis bei 45.
Mandelexstirpation, Ereigniss bei einer 45.
Mandel, Lymphadenom der 80.
Mandeln, Lymphgefässsystem in den 234
Mandelsteine, durch sie hervorgerufene Zufälle 234.
— 46.
—, über Symptome der 46.
Manie, Fall von diphtheritischer 81.
Masern, Bemerkungen üb. den späten Einfluss der auf d. Larynx 296.
—, üb. Labyrinthveränderungen nach 283.
Mediastinitis, über nach Tracheotomie erfolgende 298.
Mende, Ludwig, u. s. Beziehungen z. Laryngologie 158.
Ménière, zum Morbus 163.
Ménière'sche Krankheit, was ist eigentlich die? 201.
Micrococcus im Secret des Nasenrachenraums, Untersuchungen üb. e. 149.
—, Untersuchungen üb. einen im Secret des Nasenrachenraumes 181.
Milchsäure, einige Bemerkungen üb. d. Anwendung von b. chronisch eitriger Mittelobrentzündung 57.
—, üb. d. negat. Werth der b. Behdlng. der Larynxtuberculose 20.
—, üb. d. Unwirksamkeit der bei Behandlung der Larynxphthise 369.
Missbildungen d. Nasenscheidewand 232.
Mittelohrcatarrh, e. Fall v. acutem mit Schwindel, Facialisparese u. Oedem derselben Seite 200.
—, e. neue Behandlungsmethode bei chron. 102.
—, üb. mult. Paracentese des Trommelfells bei chronischem 104.
Mittelohreiterung, e. Fall v. acuter, mit Implication des Gehirns 78.
—, Heilung e. Falles von chronischer durch Exstirpation des Trommelfellrestes, des Hammers und des Ambosses 41.
Mittelohreiterungen, üb. d. Borsäurebehdlg. bei u. d. gegen dieselbe erhobenen Einwürfe 77.
Mittelohrentzündung, einige Bemerkungen üb. d. Anwendung von Milchsäure b. chronischer eitriger 57.
Mittelohrentzündungen, üb. die nach d. hint. Tamponade bei Epistaxis zeitw. auftretenden eitrigen 79.
Mittelohr-Krankheiten, neue Verfahrungsweisen b. d. Behdlg. von 78.
Mittelohr, üb. chron. catarrhal. Entzündung des 78.
Morgagni'sche Taschen, üb. Prolaps der 83.
Motor, e. neuer electrischer mit Drillbohrern sammt Sprayapparat f. internasale Operationen 133.
Mundcarcinom, Carcinom des Pharynx u. des Rachenraumes, Bemerkungen über d. ergiebigen Schnitte bei 265.
Mutismus, üb. hysterischen 235.
Myasis, e. neuer Fall von 291.
Mycosis u. Tuberculosis laryngea 368.
Myxödem, auf e. Entfernung d. Schilddrüse folgend 22.
—, Fälle m. Neigung zu Blutungen bei 168.
—, Fall v., nach Exstirpation d. Schilddrüse 111.

Naavus vascularis der Ohrmuschel 16.
Nase, die Bedeutung der f. d. Respiration 17.
—, üb. Operationen im hint. Abschnitte der, unter Leitung des Fingers 212.
Nasenbluten, Prophylaxis des und des Niesens 231.
Nasencatarrh, wann sind chirurgische Eingriffe bei dems. indicirt? 201.
Nasenhöhle, Entfernung einer Haarnadel aus der 201.

Digitized by Google

Nasenhöhlen, neoplastischer Tumor der 232.
Nasenpolyp, was ist man berechtigt, zu nennen einen 152. 188. 216. 249.
—, 2 Fälle von 275.
Nasenrachenpolypen, üb. electrolytische Behandlung der fibrösen, gefässreichen 116.
Nasenrachenraum, Bemerkungen üb. d. adenoiden Vegetationen des 202.
—, e. neues Symptom der adenoiden Vegetationen des 19.
—, üb. maligne Tumoren des 20.
—, 2 mit ungewöhnl. Symptomen verlaufende Fälle v. adenoiden Vegetationen des 19.
Nasenrachentumoren, z. Behandlung der 352.
Nasenrücken, Tumor des 293.
Nasensäge 71.
Nasenscheidewand, e. Apparat z. Geradrichtung der 228.
—, Fibrosarcom der; Operation, Heilung 292.
—, Missbildungen der 232.
—, Hämatom der 20.
—, üb. einige seltene Fälle v. Perforation der 42.
—, üb. Verkrümmungen der 106.
Nasenschwindel, über 290.
Nasenschleimhaut, über croupöse Entzündung der 252.
—, üb. d. Zusammentreffen v. Trachom der Bindehaut mit Catarrhen d. 18.
Nasenstein, e. Fall von 293.
—, Fall von 202.
Naso-Pharyngealtumor, Heilung eines mittelst Electrolyse 330.
—, Unfall bei Entfernung eines 202.
Natr. benz. bei einigen catarrhal. und congest. Zuständen der ersten Luftwege 302.
Negern, über Eigenthümlichkeiten des Baues u. der Krankheiten des Ohres bei den 238.
Nerv. recurrens, weitere Versuche üb. d. Function des 300.
—, zur Anatomie und Physiologie des 299.
Neuralgia, cauterisation of the nasal mucous membrane for facial 202.
Niesen und Nasenbluten, Prophylaxis des 231.

Oesophagotomie wegen Fremdkörper 239.
Oesophagusdivertikel, ein 55.
Oesophagus, e. silbernes Fünffrankenstück im 208.
Ohr, e. Bernsteinknopf im 113.
—, ein in seiner Art einziger Fall v. Verletzung des 41.
—, 21 Fälle von Verletzung des 201.
—, üb. forcirte Wasser-Injectionen in's 34.
— und Nasenrachenraum, bacteriol. Beobachtungen bei Affectionen des 362.
—, Verletzungen des durch Schlag auf dasselbe 261.
—, Verletzungen des in Folge vorzeitiger Explosion einer Bombe 104.
— -Verletzungen, 2 Fälle von 15.
Ohren, Verletzung beider durch eine Revolverkugel; Extraction des Geschosses; folgende Seh- und Gehirnstörungen 230.
Ohrausspritzen, üb. d. Technik des 5.
Ohrfurunkel, Aetiologie des 1.
—, üb. d. Bacteriologie u. Behandlung der 327.
Ohrmuschel, e. Fall v. Epitheliom der 41.
—, Epitheliom der 41. 79.
—, Naevus vascularis der 16.
—, üb. Cystenbildung in der 351.
Ohrpolypen, z. Behandlung der 230.
—, Beitrag zur Histologie der 89.
—, üb. e. einf. Verfahren z. Entfernung der etc. 5.
Ohrtrichter, e. neuer 42.
Ohrenheilkunde, physiolog.-diagnostischer Beitrag zur 16.
Ohrenkrankheiten unter d. Schulkindern in Dänemark; Beitrag z. Beurtheilung d. Häufigkeit von 11. 38.
—, d. Beziehungen der zu d. Allgemeinkrankheiten des Körpers 353.
Ohrenleiden in Folge v. Seebädern 132.
Othaematom, Behandlung des 79.
Otitis catarrhalis acuta duplex. — Encephalomeningitis; Tod 241.
— durch Infection 359.
— hämorrhagica im Verlaufe der Bright'schen Krankheit 78.
— med., Carbolglycerin b. acuter 228.
— media, operativ geheilter Hirnabscess nach 103.
— media, Polyp im Mittelohr, Meningitis, alter Abscess im Gehirn, Cholesteatom-Massen im Antr. mastoid., Tod, Section. Z. Behdlng der Gehirnabscesse 25.

Digitized by Google

Otitis med. suppurat., d. Ausspülung d. Paukenhöhle per tubam bei 102.
— tuberculosa, e. besonders interessanter Fall von 209.
Otorrhoe, z. Behdlng. chronischer 14.
Ozaena u. Rhinitis foetida 201.

Paralisa laringea, sopra unicaso di — per lesione corticale 141.
Paralisi e crisi laringee come contributo allo diagnosi dell' inizio dell' atassia locomotrice 205.
Parosmie, die, ihre Ulsachen u. ihre Behandlung 264.
Parotis, Chondrom der, in den Mund hineinragend. Exstirpation durch den Mund 47.
Paukenfell, Betrachtungen üb. d. Mechanismus des 126.
Paukenhöhle, d. Ausspülung der per tubam bei Otitis media suppurat 102.
—, 2 Fälle von chron. Eiterung der Portio attica der 15.
Perichondritis des Larynx, e. Fall von mit Necrose des Ringknorpels 85.
Perforation der Nasenscheidewand, üb. einige seltene Fälle von 42.
Pharyngitis, Cocain in acuter 20.
— sicca sive atrophica, Betrachtungen über 165.
Pharyngomycosis leptothricia benigna, über 82.
Pharynx, Erysipel des 165.
—, Fremdkörper im 108. 267.
Phlegmone der regio suprahyoidea, e. Fall von 166.
Phonation, experiment. Studien über die 21.
Photographie, die des singenden Kehlkopfes 23.
Photoxylinlösung als Mittel z. Verschluss persist. Trommelfellperforationen 273.
Pilocarpin, üb. d. Einwirkung des auf die Schleimhaut der Paukenhöhle 14.
Pilzinvasion des Labyrinths und der Felsenbeinpyramide im Gefolge von einfacher Diphtheritis, Untersuchungen über 128.
Polyp am unteren Ende der Trachea 172.
— der hinteren Choanen, fibröser, Zerstückelung d. Tumors; Exstirpation ohne vorhergehende Operation 231.
Polyp der Tonsille 277.
—, Entfernung eines fibrösen aus dem Nasenrachenraum mittelst der galvanocaust. Schlinge 80.
Posticuslähmung, Lungentuberculose, Tabes dorsalis 204.
Proc. mastoid., clin. u. patholog.-anatom. Beiträge zur Eröffnung des 200.
—, Exostose des 17.
—, path.-anat. Beiträge z. Erkrankung des 227.

Rachendiphtheritis, acute Herzdilatation u. körn. Degeneration der Herzmusculatur in d. Reconvalescenz nach 296.
Rachentuberculose, e. Fall von 48.
Recurrens, 3 Eälle von Druck auf den, aus verschiedenen Ursachen, mit Stellung des linken Stimmbandes in der Phonation 268.
Reflexerscheinungen, die auf d. Gehör bezogen, und solche, die von dorther ausgelöst werden 16.
Reflexneurosen, Beitrag z. Lehre v. den durch Nasenleiden hervorgebrachten 291.
Respiration, d. Bedeutung der Nase f. die 17.
Respirationskrankheiten, zur Therapie der 65.
Retropharyngealabscess 107.
Rhachitis, üb. d. Causalnexus zwischen der u. d. Erkrankungen des kindl. Gehörorgans 228.
Rhigolinanästhesie b. intranasalen Operationen, über 107.
Rhinitis atroph., üb. d. Behandlung der mittelst des galvan. Stromes 330.
— foetida 201.
—, Thymol b. atrophischer 134.
Rhinoplastik durch Bildung eines Hautlappens vom Vorderarm 293.
—, üb. d. auf e. prothet. Apparat 293.
Rhinosclerom, Bacillen des 43.
Riechcentrum, üb. das 132.
Rinne'scher Versuch, statist. Ergebnisse üb. die diagnostische Verwendbarkeit des, u. eine daraus sich ergebende Erklärung f. d. physiolog. Function des Schallleitungsapparates 198.
Rundzellensarcom nach e. andauernden Eiterung im antrum; theilweise Excision d. Oberkiefers 233.

Digitized by Google

Sägeschnitt z. Eröffnung des ganzen canalis facialis 33.
Salmiak-Dampfapparat, e. neuer 305.
Sarcom, bösartiges der Mandel 234.
— der Zunge, Entfernung der halben Zunge, Bemerkungen 166.
Schallleitungsapparat, Erklärung f. d. physiolog. Function des 198.
Schallrichtung, die Wahrnehmung der mittelst der Bogengänge 260.
Schanker, über einen harten der r. Nasenhöhle 293.
Schilddrüse, Blutung in e. normale 85.
—, über die Functionen der 236.
Schilddrüsencysten, über e. Methode, dieselben z. behandeln 86.
Schildknorpel, Bruch des; Laryngotomie, Heilung 23.
Schläfenbein, Demonstration topographisch richtiger Verhältnisse am 284.
Schläfen- u. Hinterhauptskopfschmerz, üb. e. öftere Ursache des 106.
Schlafenden, üb. Caries des 357.
Schleimhäute, die heterogenen Zonen der 135.
Schleimpolyp u. Blutcyste im Larynx 51.
Schlucken, e. einf. Art, dasselbe zu ermöglichen, wenn es durch ausgedehnte Geschwürsbildung des Kehldeckels gehindert ist 233.
Schlunderweiterer, Luc'scher zum Besichtigen des Nasenrachenraumes 69.
Schnecke, Rückblicke auf die neueren Untersuchungen über den Bau der im Anschluss an eig. Beobachtungen 125.
—, Verknöcherung der b. einem taubstummen Mädchen 228.
Schulkinder, Beitrag z. Beurtheilung der Häufigkeit v. Ohrenkrankheiten unter den in Dänemark 38.
Schusswunde in der Brust, Austritt der Kugel durch d. Larynx 302.
Sclerosa sifilit., un caso di primaria della tonsille 140.
Scoliosis septi, Resection d. cartilago quadrang., des Nasenseptums zur Heilung der 291.
Seebäder als Ursache v. Ohrenleiden 105.
—, Ohrenleiden in Folge von 132.
Septum, deformities of the nasal 43.
Sinus maxillaris, Catarrh des; Grenzen der Heilbarkeit, Behandlung durch Trepanation, Drainage und durch antiseptische Pulver 235.
Société française d'Otologie et de Laryngologie 55.
Speiseröhre, Einklemmung e. Fremdkörpers in der etc., Heilung 20
—, Strictur der 239.
Stenose, mehrere Fälle von Intubation bei Laryngeal- u. Tracheal- 337.
Stimmband, e. Fall v. Abductorlähmung des linken 108.
Stimmlosigkeit, bedingt durch e. angeborene subglottische Neubildung, Operation, Heilung 108.
Stimmbänder, Syphilom der beiden wahren 83.
Stimmbandtaschen, Eversion beider 83.
Stummheit, Fall v. hysterischer beim Manne 330.
Sublimat. corrosiv., le injezione di negli infiltrati gommosi 203.
Syphilis, noch ein paar Fälle von, durch Infection im Schlunde entstanden 140.
Syphilom der beiden wahren Stimmbänder 83.

Tabes dorsalis, Laryngealleiden bei 88.
Taubheit u. Sprachverlust in Folge e. Schlages auf d. Hinterhaupt 17.
Taubstumme, ärztl. Bericht über die in der Anstalt zu Berkeley 329.
Taubstummheit, Versuche, dieselbe zu bessern, u. die Erfolge dieser Versuche 105.
Temporallappen, Läsion beider, ohne Worttaubheit oder Taubheit 105.
Thymol b. atrophischer Rhinitis 134.
Thyreotomie, 3 Fälle von, mit guter Erhaltung der Stimme 52.
Thyroiditis, acute bei Rheumatismus 84.
Töne, z. Perception der 361.
Tonsille, Concrement der 276.
—, Polyp der 277.
—, un caso di primaria sclerosa sifilit. della 140.
Tonsillen, Tuberculose der 255.
Trachea, d. percut. Einspritzung von Flüssigkeiten in die, und ihre Wirkung auf die Lungen u. den Gesammtorganismus 207.
Trachea und Bronchien, d. locale Behandlung der Erkrankungen der 96.
Trachealcarcinom, primäres 87.
Trachealtumor, auf natürlichem Wege entfernt 299.

Digitized by Google

Tracheom der Bindehaut, üb. d. Zusammentreffen von mit Catarrhen der Nasenschleimhaut 18.
Tracheostenosen nach vollführter Tracheotomie, Beitrag zur Behandlung der; Catheterismus 298.
Tracheotomie an e. scheintodten Kinde, Wiederbelebung 52.
—, Chloroformnarcose bei der 268.
—, e. pract. Handgriff b. d. Ausführung der 52.
—, schnell ausgeführte 298.
—, über d. Verhinderung d. Granulombildung nach der 109.
—, üb. nach derselben erfolgende Mediastinitis 298.
Tracheotomiecanüle, üb. die Ursachen, welche ein protrahirtes Verweilen ders. nothwendig machen 49.
Trocar à double cour. z. Eröffnung d. Kieferhöhle 71.
—, gekrümmter z. Eröffnung d. Kieferhöhle 71.
Trommelfell, über Bewegungserscheinungen am 104.
—, üb. d. künstliche 42.
—, üb. multiple Paracentese des bei chron. Mittelohrcatarrh 104.
Trommelfelle, Ruptur beider durch Fall auf d. Kopf 164.
Trommelfellperforation, zur Diagnose der 229.
Trommelfellperforationen, Photoxylinlösung als Mittel z. Verschluss persistenter 273.
Trommelfellring, Bruch eines kl. Stückes des vom Schläfenbein beim Versuch, eine im Ohre befindl. Nadel zu entfernen 41.
Trommelholte, over behandeling van purulente ontsteking van de, door inblazen van boorzuur en andere antiseptica 101.
Tuberculose des Kehlkopfes und des Schlundes 111.
— der Tonsillen 255.
Tuberculosis laryngea 368.
Tumoren, üb. maligne des Nasenrachenraumes 20.

Unterleibsbrüche, üb. d. Zusammenhang v. chron. Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums mit 310.
Uvulotom, e. neues 165.

Vegetationen, adenoide 29.
— des Nasenrachenraumes, Bemerkungen üb. die adenoiden 202.
— des Nasenrachenraumes, e. neues Symptom der adenoiden 19.
— des Nasenrachenraumes, 2 m. ungewöhnl. Symptomen verlauf. Fälle von adenoiden 19.
— im Nasenrachenraum, adenoide 232.
Verbrennung des Kehlkopfes b. einem Kinde; Tracheotomie, Heilung 86.
Verengerung der Trachea u. d. Bronchien, syphilitische 240.
Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte, die 60. 142.
Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums, üb. d. Zusammenhang v. chronischen m. Unterleibsbrüchen 310.

Warzenfortsatz, Entzündung des mit Durchbruch an einer ungewöhnlichen Stelle 42.
— üb. d. Indicationen z. Eröffnung des 328.
—, Eröffnung des 14.
— -Erkrankungen, z. Casuistik der 93.
Warzenfortsatzaffectionen bei Kindern 363.
Wasserinjectionen in's Ohr, üb. forcirte 34.
Weisheitszahn, Caries des; Osteoperiostitis des Unterkiefers, Phlegmone der Suprahyoidealregion 266.

Zahnplatte, Festsetzen ein. im Schlunde während 15 Monate 332.
Zähne, ausgezogene in d. Luftwegen 300.
Zunge, Adenosarcom der mit verkalktem Kern 107.
—, Blutcyste der 166.
—, Epithelioma der 47.
—, Hemiatrophie der von bulbärem Ursprung 139.
—, Lymphosarcom der 139.
—, Sarcom d., Entfernung d. halben 166.
Zungenatrophie, üb. einseitige 47.
Zungenepitheliom 266.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Abbé, Rob. 86.
Abercrombie 265.
Aigre 302.
Allen, Harr. 19.
Anderson, J. A. 170.
Anningson 81.
Ariza 368.
Arnold, J. D. 205.
Asch, M. J. 338.
Aschenbrandt 17.
Ayres, W. C. 42. 200.

Baber 202.
Bacon, G. 15. 105. 132. 201.
Barbier 296.
Barkan 329.
Barker, A. E. 80. 103.
Barr, Th. 41.
Barraud 239.
Barré 45.
Barreau 23.
Barth, A. 127. 360.
Barton 239.
Barzellini 231.
Beall, E. J. 45.
le Bec 293.
Beebz, E. C. 87.
Berentsen 295.
Berg 301.
Berkhan 105.
Bertoge, H. 49.
Beschorner 121. 208. 269.
Bettmann, B. 78.
Bezançon 240.
Bezold, Fr. 77. 198.
Bing, Alb. 104.
Bishop 78 327.
Blake, C. J. 16.
Blanc 49.
Blanquinque 48.
Bleyer, J. M. 295.
de Blois, Th. A. 51.
Boeckel, Jul. 171.
Boecker, H. A. † 143.
Boehler 45.
Böttcher, Arth. 72. 125.
Bolard 235.
Bosworth, F. H. 43. 106 262. 298
Braddon, W. Leon 52.
Bridgeman 332.
Bronner 232.
Brown, D. 236. 237.
Browne, L. 110. 111. 139. 172. 333.
Brunner, G. 163.
Bryant 233.
Buck 14. 78.
Buckmaster 84.
Burckhardt-Merian, Alb. † 24.
Burnett, C. H. 15. 201.
Butlin 87. 166.

Caillé, A. 236.
Calmettes 292.
Cardone 203. 209. 294.
Caréaga 291.
Carpenter, G. A. 108.
Cartaz 206. 235. 369.
Casselberg 336.
Castex 20.
Chabral 264.
Chapotot 290.
Chappell 330.
Charazac 268.
Charcot 303. 350.
Chartellier 231.
Chatellier 292.
Chaumier 233.
Clark, Andr. 231.
Clarke, R. 166.
Clay, A. 293.
Closson 50.
Clutton, H. 107.
Coats, Jos. 168.
Cohen, J. S. 20. 81. 204. 268.
Combes 235.
Concetti 332.
Coomes, M. F. 337.
Corfield 165.
Coupard 51.
Coy, Max 329.
Croly, H. Gr. 234.
Curtis 336.

Darbouet 49.
Delawan 170. 330.
Délie 17. 46. 82.
Delstanche 228.
le Dentu 268.
Desprès 302.
Desvernine 337.
Dewèvre 78.
Donald, Gr. Mac 165.
Donaldson 108. 300.
Dos, G. 192. 220.
Dunning 110.
Dupré, G. 166.
O'Dwyer, Jos. 236. 337. 366.

Easby 139.
Edes 51.
Eeman, Eug. 83.

Digitized by Google

Ehrmann 266.
Eichberg, Jos. 169.
Eitelberg 228.

Farlow 165. 294.
Felici 205.
Fick, A. 126.
Finne 291.
Finne, G. 263.
Flinn, Edg. 239.
Floraud 236.
Florency 17.
Franks, R. 112.
French, Th. R. 23.
Freudenthal, W. 310. 344.
Freydier-Dubreuil 266.
Frothingham 328.
Fulton, J. F. 328.

Gardner 206.
Garel 296. 299.
Gay 265.
Gellé 79.
de Gennaro 291.
Gerster 53.
Gevaert 166.
Giné 46.
Glasgow, W. C. 331.
Gleitsmann 365.
Gomperz 229. 305.
Goodlee, J. J. 107.
Gordon, J. 22.
Gourand 234.
Gowers 103.
Gradenigo 228.
Grandhomme 301.
Grasset 332.
Graucher 19.
Gray, L. C. 105.
Grazzi 264.
Grön 296.
Gruber, Jos. 145. 178. 197.
Gruget 293.
Guranowski 273. 370.
Guye 101.

Hack, Wilh. † 144. 172.
Hance, J. H. 236.
Hartmann, A. 127. 228. 351.
Haslund 140.
Heath, Ch. 22. 301.
Hedinger 200. 227.
Heiman, Th. 241.
Henschen 139. 168.
Heryng, Th. 367.
Hessler 359. 363.
Hinkel, F. W. 48.
Hischmann 204.
Hoadley 169.
Hoderup 55.
Hooper, Fr. H. 299.
Hope, B. G. 53.
Hopmann 124. 152. 188. 216. 249.
Horsley, V. 47. 236.
Hubbell, A. 43.
Huber, Fr. 236.

Jacob 84.
Jacobi, A. 107.
Jacobsohn 127.
Jaeger 167.
Jarvis 44. 52. 53. 107. 133.
Jelenffy 369.
Jenkins, A. R. 83.
Jennings, C. G. 22.
Illera 139.
Ingalls 333.
Ingals, E. F. 297.
Joal 45. 290.
Johnston, S. 202.
Jones, C. 337.
Joy, D. A. 41.

Kales, J. W. 79.
Katz, L. 34. 177.
Kayser, R. 156.
Keimer 176. 331.
Keller, C. 93.
Kessel 361.
Kiesselbach, W. 33. 89.
Killian, J. 277. 321.
Kirchner, W. 1.
Kirmisson 232.
Klingensmith 333.
Knight, C. H. 85.
Koch, P. 52.
Körner 284.
Kosegarten, W. 14. 198.
Krause 70.
Krauss, Fr. 65.
Krieg 291.
Krohne 330.
Kuhn 357.
Kurz 20.

Labbé, L. 271.
Lange, E. 87.
Lange, V. 42. 57.
Langlet 172.
Laurent 266.
Lauterbach, L. J. 41.
Lebrun, A. 79. 294.
Lecerf 108. 267.
Legal 106.
Lermoyez 21.
Lichtwitz, L. 135.
Lincoln, R. P. 330.
Lloyd, Jord. 87.
Loewe, Ludw. 5.
Loewenberg 327.
Lovett, R. W. 49.
Lublinski, W. 134. 141. 170. 206. 255. 276. 277.
Luc 69.
Lucae, A 16.
Lunn 86.

Mackenzie, J. N. 264. 333.
Mackern, G. 267.
Maissurianz 296.
Major, G. W. 83.
Malfilatre 298.
Manely 23.
Masini, O. 20. 85. 299. 369.
Masius 50.
Mason, G. U. 142.
Masseï, F. 38. 141.
Masucci 140. 203.
ter Maten 238.
Mathieu, Alb. 240.
Menière 17.
Michel, C. 116.
Moldenhauer, W., 252.
Monnier 272.
Montefusco 81.
Moos, J. 283.
Moos, S. 128.
Morgan, E. C., 169.
Morris, H. 86. 87.
Morton 80.
Mouillot 167.
Moure, E. J. 19. 165. 293.
Munschina 88.
Murrell, T. E. 328.

Neumann, J. 102.
Ninaus 229.
Nixon 111.
Noquet 202.
Northrup, P. 23. 48. 82. 83. 236.
Nuvoli 298.

Owen, Edm. 141

Digitized by Google

Page 108.
Park, R. 55.
Patrick 134.
Payne 43.
Péan 20.
Périer 46. 294.
Pérotti 23.
Peter 302.
Petit, L. H. 300.
Phillips, W. C. 139.
Picks 87.
Pins 229.
Pipino, W. C. 16.
Pitres 202.
Poirier 267.
Poisson 85.
Polaillon 54. 234. 265.
Politzer 229.
Pollak 229.
Pollard 170.
Pomeroy, O. D. 104.
Poncet 293.
Pooley, Th. R. 15. 41.
Porter, W. 335. 338.
Prescott 238.
Prévost 45.
Preyer, W. 260.
Purjesz 230. 290.

Ray, J. M. 164.
Renon 298.
Retterer 234.
Revington, W. 295.
Rice, C. 201. 206.
Richards, H. 42.
Richelot 86. 271.
Richley 41.
Robson, M. 86.
Roe, J. O. 336.
Rogero 84.
Rohrer 229. 362.
Rollin 230.
Roswell 110.
Rotch, T. M. 16.
Ruault, Alb. 302.
Ryan 112.

de Saint-Germain 23.
Sajous, Ch. E. 297.
Sales, de C. 201.
Sands 80.
Schaeffer, Max 12. 96.
Schiffers 47. 50. 265.
Schiötz 299.
Schlesinger 270.
Schmiegelow, E. 38. 42. 286.
v. Schrötter 60.
Schubert 130.
Sehrwald 207.
Seiss, R. W. 102. 134.
Semeleder 336.
Semon, F. 47. 87. 111.
Sesemann 330.
Sexton, S. 14. 41. 104. 261.
Shelswell 168.
Simon, J. 331.
Smith, S. 238.
Société française 55.
de la Sota y Lastra 50. 294.
Souchon, Edm 52.
Spear, E. D. 42.
Steele 82.
Steinbrügge, H. 39. 40.
Stonham, C. 54.
Strübing, P. 158.
Stelzner 269.
Stern, M. J. 337.
Stoerck 109.
Strauch, P. 149. 181.
Stucky, J. A. 201.
Sutphen 262.

Terrillon 46. 234.
Thilo 238.
Thomas, R. H. 332.
Thraster 336.
Thudichum 263.
Tissier, P. 44.
Toeplitz, M. 82.
Tourette 330.
Trélat 47.
Treves 207.
Truckenbrodt 286.
Tsakyroglous 275. 350.
Turner, Ph. D. 81.

Verneuil 266.
Vilette 208.
Voltolini 25. 72.

Wagner, Clinton, 52.
Waldo 238.
Walker, Osborne 329.
Watson, Sp. 330.
Waxham 110. 169. 298.
Weir, Rob. F. 130.
Weiss 266.
Wells, E. F. 165.
Wheeler, J. B. 110.
White, H. 239.
Williams, A. D. 164.
Wolf 353.
Wolfenden, Norr. 233.
Woltering 258.

Ziem 18. 113. 212.
Zonievitch 84.
Zuckerkandl, E. 132. 347.

Digitized by Google

Druck von Marschner & Stephan.
Berlin SW.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, Januar 1887.** **No. 1.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Zur Aetiologie des Ohrfurunkels.

Von

Dr. **W. Kirchner,** Docent der Ohrenheilkunde in Würzburg.

(Aus der otiatrischen Universitäts-Poliklinik.)

Zu den lästigsten Erkrankungen des Ohres gehört unzweifelhaft die Furunkelbildung im äusseren Gehörgange. Abgesehen von der Schmerzhaftigkeit dieses Leidens, können die häufigen Recidiven, die kaum nach beginnender Heilung des ersten Entzündungsprocesses stets wieder von Neuem mehrere Wochen hindurch sich einstellen, den Patienten in hohem Grade herunter bringen, gerade wie nach dem Ablaufe einer längeren Allgemeinerkrankung.

Bezüglich der Aetiologie des Ohrfurunkels wissen wir, dass hier vielerlei Verhältnisse in Frage kommen. Man beobachtet diese Erkrankung bei manchen Individuen und zu verschiedenen Zeiten häufiger oder seltener. In den ausführlichen Lehrbüchern der Ohrenheilkunde wird über das Vorkommen dieses circumscripten Entzündungsprocesses mitgetheilt, dass die Ursache desselben auf Nerveneinflüsse, trophische Störungen als Theilerscheinungen einer Allgemeinerkrankung, ferner auf mechanische Insulte zurückzuführen ist, z. B. nach Eingiessung von scharfen Stoffen, kaltem Wasser, Verletzung der Gehörgangswände durch Stochern mit unzweckmässigen Ohrlöffeln, Nägeln, Haarnadeln etc.

Digitized by Google

Wie man oft in der Praxis zu beobachten Gelegenheit hat, werden Individuen mit starker Fettablagerung, dunklem Teint mit üppigem Haarwuchs und reichlicher Talgsecretion, ferner Frauen in der klimacterischen Periode häufig von Ohrfurunkeln befallen, Hinsichtlich der Jahreszeit lässt sich constatiren, dass im Frühjahre und im Herbste die meisten Fälle von Furunkel des Gehörgangs vorkommen, während im Sommer und in den trockenen kalten Wintermonaten sich selten Patienten mit diesem Leiden vorstellen.

Der Ausgang der furunkulösen Entzündung ist in den Talgdrüsen und Haarbälgen des äusseren Gehörganges zu suchen, und nur seltener wird es sich bei circumscripten Entzündungsprocessen dieser Gegend um eine primäre Abscessbildung handeln. Nach Rindfleisch erreicht bei der Furunkelbildung der Entzündungsprocess in der Cutis seine höchste Intensität und greift dann auch auf das subcutane Bindegewebe über. Die infiltrirte Partie stirbt ab, und in dem abgestossenen Bindegewebspfropf lassen sich zuweilen noch Reste von Drüsen nachweisen*).

Der eigenthümliche Verlauf des Ohrfurunkels, die rasch aufeinanderfolgenden Nachschübe von Entzündung und Eiterbildung an den benachbarten Partien des Gehörganges müssen daran erinnern, dass hier leicht verwundbare Stellen sich vorfinden, wo die zufällig hereingerathenen Schädlichkeiten einen günstigen Boden finden und zugleich zu einer heftigen reactiven Entzündung den Anstoss geben.

Nachdem in neuerer Zeit eine Reihe von Microorganismen als Krankheitserreger bei manchen typisch verlaufenden Entzündungsprocessen erkannt wurden, ist man gewiss auch berechtigt, anzunehmen, dass nach dem klinischen Verlaufe die Veranlassung zur Furunkelbildung im äusseren Gehörgange auf eine Infection durch Microorganismen zurückzuführen sei.

Schon früher hat Löwenberg**) nach dieser Richtung hin Untersuchungen angestellt und sowohl bei der Furunkelbildung im Gehörgange, als auch bei anderen Eiterungsprocessen im Mittelohre Microorganismen gefunden. Ob der von ihm beim Furunkel gefundene Micrococcus identisch ist mit dem von mir gezüchteten Staphylococcus pyogenes albus konnte ich nicht mit Bestimmtheit eruiren. Löwenberg fand bei seinen Züchtungen von Eiterproben, die aus geschlossenen Furunkeln entnommen wurden, auf Rinderbouillon oder in verdünntem Liebig'schen Fleischextract Coccen, die sich von den bei Otorrhoe vorkommenden besonders durch ihre Grösse auszeichneten.

Zum Nachweise von Microorganismen und zur Herstellung von Reinculturen habe ich bei meinen Untersuchungen über die Furunkelbildung im äusseren Gehörgange nach Koch's Vorschriften verfahren: Die Furunkel wurden in sehr frühen Stadien geöffnet, als noch kein flüssiger Eiter sich entleerte und die etwas prominirende Partie beim Einschneiden noch ein derbes infiltrirtes Aussehen darbot. Unmittelbar vor der Incision wurde der äussere Gehörgang mit 0,1proct. lauwarmer Sublimatlösung ausgespritzt, gründlich gereinigt und hierauf mit Maas'scher Sublimat-Kochsalzwatte ausgetrocknet. Nach Beobachtung dieser Cautelen wurde mit einem auf gleiche Weise desinficirten Bistouri der Einschnitt

*) Rindfleisch, Lehrbuch der patholog. Gewebelehre, 1886, pag. 342.
**) Löwenberg, Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, Bd. IX u. X.

Digitized by Google

ausgeführt, hierauf ein unmittelbar zuvor ausgeglühter Platindraht in die Wunde getaucht und damit sogleich die Impfung auf sterilisirte Gelatine vorgenommen. In einigen Tagen entwickelten sich hierauf die characteristischen undurchsichtigen weissen Plaques des Staphylococcus pyogenes albus, wie sie in den Werken von Rosenbach*) und Flügge**) abgebildet sind.

Will man eine Probe der Reincultur microscopisch untersuchen, so kann man sich entweder der Gram'schen Färbungsmethode bedienen, welche ausgezeichnete Bilder liefert, oder man färbt mit einfacher Fuchsinlösung. Um reine Präparate zu erhalten, muss der Platindraht, mit dem man die Probe der Cultur entnimmt, natürlich auch wieder unmittelbar zuvor ausgeglüht werden. Man bringt dann einen kleinen Tropfen der Probe auf ein Deckgläschen und breitet ihn durch kreisförmige Bewegungen aus, hierauf wird das Deckgläschen 2—3 Mal langsam durch die Flamme eines Bunsen'schen Brenners oder durch eine Spiritusflamme gezogen. Die Pilze haften nach dieser Behandlung so fest, dass man das Gläschen ohne Schaden längere Zeit in wässerige Flüssigkeiten legen kann. Das Präparat wird nun in ein mit destillirtem Wasser angefülltes Uhrschälchen gelegt, dem etwa 25 Tropfen einer concentrirten alcoholischen Fuchsinlösung zugesetzt werden, hierauf wird erwärmt, bis die Flüssigkeit zu dampfen beginnt, worauf man das Präparat noch etwa 5 Minuten in der Lösung liegen lässt, dann gründlich mit destillirtem Wasser abspült, an der Luft trocknet und dann in Canadabalsam, der mit etwas Xylol versetzt ist, einschliesst.

Nach der Gram'schen Färbungsmethode, die sich besonders gut für Schnitte eignet, wird das Deckplättchen mit der getrockneten Probe in eine Anilin-Gentiana-Violett-Lösung nach Ehrlich 1—3 Minuten lang gebracht, dann nach kurzem Abspülen mit Alcohol in eine Jodlösung, bestehend aus 2 Grmm. Jodkalium, 300 Grmm. Aqu. dest. und 1 Grmm. Jod; nach 1—3 Minuten kommt das Präparat bis zur gänzlichen Entfärbung in Alcohol, dann in Nelkenöl und Canadabalsam. Aus den nach diesen Methoden zubereiteten Präparaten lassen sich dann die Coccen, welche 0,87 μ Durchmesser besitzen und zum Theil zu zwei oder mehreren, zum Theil auch in grossen Haufen beisammenliegen, deutlich nachweisen.

Nach den Beobachtungen Rosenbach's kommt mit dem Staphylococcus pyogenes albus auch der häufigste Eiterpilz, der Staphylococcus pyogenes aureus, gemeinschaftlich bei verschiedenen Entzündungsprocessen und Eiterungen vor. Beide stimmen auch hinsichtlich ihres microscopischen Bildes und der biologischen Eigenschaften überein, nur zeigte die Reincultur des letzteren eine orangegelbe, goldgelbe Farbe. Auch Löwenberg theilte mir kürzlich mit, dass er bei Ohrfurunkeln verschiedene Arten von Eitercoccen gefunden habe. In den meinigen, sehr frühzeitig untersuchten Fällen liess sich durch Züchtung auf Gelatine und Agar immer nur der Staphylococcus pyogenes albus gewinnen, von

*) Rosenbach, die Microorganismen bei den Wundinfectionskrankheiten des Menschen, 1884.

**) Flügge, die Microorganismen, mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie der Infectionskrankheiten, 1886.

Digitized by Google

dem ich auch auf der Naturforscherversammlung zu Strassburg im Jahre 1885 mehrere Reinculturen in der otiatrischen Section zu demonstriren Gelegenheit hatte.

Das Auftreten verschiedener Microorganismen im Ohrfurunkel könnte vielleicht auch auf diese Weise zu erklären sein, dass erst in einem späteren Stadium der Furunkelbildung, wenn die eitrige Schmelzung des Gewebes weiter gediehen ist, auch der Staphylococcus pyogenes aureus oder auch noch andere Eitercoccen sich einstellen.

Die Impfungen mit der Reincultur des Staphylococcus pyogen. alb. und mit dem frischen Furunkeleiter lieferten bei Kaninchen kein Resultat, bei weissen Mäusen dagegen zeigte sich nach Versuchen mit der Reincultur an der Einstichstelle locale Entzündung.

Nehmen wir nun an, dass die Ursache der Furunkelbildung im äusseren Gehörgange in dem Eindringen von pathogenen Microorganismen zu suchen ist, so ergiebt sich daraus die Nothwendigkeit einer stricten antiseptischen Behandlung dieses Leidens. Man wird sich daher am besten der in der chirurgischen Wundbehandlung erprobten antiseptischen Mittel bedienen, die auch bei verschiedenen Erkrankungen des Ohres schon längst in ausgebreitetem Maasse verwendet werden, wie z. B. die Carbolsäure, Salicylsäure, Borsäure, Jodoform, essigsaure Thonerde, Sublimat, Alcohol u. a. Von Löwenberg wurde eine übersättigte Lösung von Borsäure in Alcohol, von Weber-Liel Alcohol mit Sublimat als wirksames Mittel bei Furunkeln des Gehörganges empfohlen, auch von der essigsauren Thonerde, die ich zu Umschlägen und Einspritzungen häufig verwendete, habe ich gute Erfolge gesehen. Ueber die antiparasitäre Wirkung des letzteren Mittels, sowie einer grossen Reihe anderer Antiseptica auf den Staphylococcus pyogenes aureus wurden von Lübbert*) kürzlich in einer Abhandlung über biologische Spaltpilzuntersuchungen sehr interessante Beobachtungen mitgetheilt.

Nach den Untersuchungen Koch's muss das Sublimat als das beste Mittel zur Vernichtung der pathogenen Microorganismen angenommen werden, da es noch bei einer Verdünnung von 1 : 300000 im Stande ist, die Lebensfähigkeit aller Bacillen aufzuheben. Auch Gärtner und Plagge**), welche mit Berücksichtigung der practischen Chirurgie über die Wirksamkeit der verschiedenen antiseptischen Mittel Versuche anstellten, kamen zu demselben Resultate, und es zeigte sich, dass schon nach 8 Secunden alle Microorganismen in einer 0,1 proct. Sublimatlösung getödtet wurden.

Wegen dieser vorzüglichen antiparasitären Eigenschaften lässt sich von der gründlichen Anwendung des Sublimats im äusseren Gehörgange noch am ehesten eine raschere Heilung und Vermeidung der häufigen Recidiven erwarten. Vor der Eröffnung des Furunkels soll der Gehörgang gründlich mit lauwarmer 0,1 proct. Sublimatlösung ausgespritzt und mit Sublimatwatte ausgetrocknet werden. Nach der Incision soll die Sublimatlösung mittels eines kleinen Haarpinsels, eines Watte- oder Gazebäuschchens in die Wunde eingestrichen werden. Dieses Verfahren

*) Lübbert, Biologische Spaltpilzuntersuchungen. Würzburg, Stahl's Verlag. 1886.

**) Verhandlung der Gesellschaft für deutsche Chirurgie, 1885.

Digitized by Google

kann, da das Sublimat in so starker Verdünnung kein Brennen verursacht, nicht reizt und keine Vergiftungserscheinungen hervorzurufen vermag, 3—4 Mal des Tages wiederholt werden.

In der Zwischenzeit lassen sich schädliche Stoffe von aussen abhalten, indem man den Gehörgang mit Sublimatgaze, Sublimatwatte verstopft, wobei auch die mit der Maas'schen Sublimat-Kochsalzmischung imprägnirten Verbandschnüre gute Dienste leisten, da sie leicht von den Patienten selbst eingeführt und wieder entfernt werden können. Ist es möglich, auf diese Weise die Microorganismen frühzeitig unschädlich zu machen, so lässt sich erwarten, dass eine weitere Infection durch Eindringen der Coccen in die zahlreichen benachbarten Drüsen verhindert und weitere Recidiven verhütet werden. Bei Individuen, die oft von Furunkeln heimgesucht werden, wird es sich empfehlen, längere Zeit hindurch, mehrere Wochen lang, prophylactisch Einpinselungen mit Sublimatlösung, der etwas Glycerin zugesetzt ist (z. B. Sublimat 0,05, Aqu. dest. 30,0, Glycerin 20,0), vornehmen zu lassen. Besondere Sorgfalt soll auch auf Beseitigung des Eczems im äusseren Gehörgange mit starker Schuppenbildung und lästigem Jucken verwendet werden; denn durch das Kratzen mit den Fingernägeln oder anderen Gegenständen werden im Gehörgange Verwundungen gesetzt, welche eine Infection durch Microorganismen leicht begünstigen.

Dass auf diese und ähnliche Weise die Furunkelbildung von einem Ohre auf das andere und sogar auf andere Individuen übertragen werden kann, ist nicht unwahrscheinlich.

Ich selbst hatte vor Kurzem Gelegenheit, eine in dieser Hinsicht interessante Beobachtung anzustellen. Ein Lehrer, der von Ohrfurunkeln mit den bekannten Erscheinungen heimgesucht wurde, wischte den Gehörgang öfters des Tages mittelst eines an einem Beingriffe befestigten kleinen Schwämmchens aus. Seine Frau, die zu derselben Zeit auch dieses Schwämmchen zur Reinigung ihres Ohres benützte, bekam nach einigen Tagen zu ihrer grossen Ueberraschung gleichfalls einen Furunkel im Gehörgange. Es lässt sich annehmen, dass in diesem Falle eine directe Entzündung mit den entzündungserregenden Coccen stattgefunden hat, ähnlich wie Garré*) durch Einreibung des Staphylococcus pyogenes aureus, der, wie oben bemerkt, dieselben biologischen Eigenschaften, wie der Albus, besitzt, auf seine eigene Haut an sich Furunkeln erzeugte.

Ueber ein einfaches Verfahren zur Entfernung der Ohrenpolypen nebst Bemerkungen über die Technik des Ohrenausspritzens.

Von

Dr. **Ludwig Loewe** in Berlin.

In allen Lehrbüchern der Ohrenheilkunde wird erwähnt, dass die Polypen der Trommelhöhle und des äusseren Gehörgangs manchmal schon durch blosses Ausspritzen entfernt werden. Man scheint aber allgemein

*) s. Rindfleisch: Gewebelehre pag. 343.

Digitized by Google

diese einfache Methode nicht für ausreichend zu erachten. Würde man nämlich überzeugt sein, dass sie unter allen Umständen sicher zum Ziele führt, so würde man bei ihrer gänzlichen Schmerzlosigkeit, Ungefährlichkeit und überaus leichten Ausführbarkeit sicher sich nicht der Mühe unterzogen haben, diese Unmasse verschiedenartigster Polypenschlingen, Küretten, Ringmesser, scharfer Löffel, Zangen, Scheeren etc. zu construiren, die man in allen Lehrbüchern beschrieben und abgebildet findet. Man würde ferner nicht auf ein so langsam und unsicher wirkendes Medicament, wie den absoluten Alcohol verfallen sein, wenn man geglaubt hätte, dass das jedem Ohrenarzt so geläufige Ausspritzen des Ohres allen Anforderungen genügt.

Und doch ist dem so, wie ich, gestützt auf eine nunmehr nach Dutzenden bemessene Zahl von Fällen, mit Sicherheit behaupten kann. Seit länger als 3 Jahren sind in meiner Clinik und Privatpraxis sämmtliche Polypen — darunter befanden sich die allerverschiedenartigsten, sowohl was Grösse, als was histologische Beschaffenheit und Sitz anbetrifft — durch einfaches Ausspritzen mit reinem warmen Wasser, ohne Hinzunahme irgend welcher instrumentellen Hilfe, beseitigt worden. Die Entfernung geschah in der Regel in der ersten Sitzung sofort, sowie der Patient sich vorstellte. Meist fand sich der Polyp schon nach der ersten Ausspritzung mit Stumpf und Stiel im Spülwasser vor.

Oft hatte ich selbst noch nicht die Diagnose gestellt, weil das den Gehörgang erfüllende Secret dies nicht gestattete. In wenigen Fällen bedurfte es mehrfacher (zwei- oder dreimaliger), unmittelbar in einer Sitzung aufeinanderfolgender Ausspritzungen. Nur in zwei Fällen konnte der Polyp nicht sogleich entfernt werden. Beide betrafen ca. 10jährige Knaben. Der eine war mit zwei Polypen des äusseren Gehörganges, wovon der grössere unten, der kleinere oben hinten dicht am Trommelfell wurzelte, behaftet. Dieser Knabe wurde an drei aufeinanderfolgenden Tagen jedesmal mit 2 Spritzen erfolglos behandelt, am vierten Tage löste sich zuerst der grössere nach der ersten, dann der kleinere nach der zweiten Spritze. Im zweiten Fall musste die Ausspritzung ca. 6 Wochen hintereinander — täglich dreimal in einer Sitzung — wiederholt werden, ehe es gelang, den über erbsengrossen, dicht am Trommelfell wurzelnden harten fibrösen Tumor zu entfernen.

Die Ausspritzungsmethode ist unvergleichlich besser als jede andere; sie ist:

1) Vollkommen schmerzlos, die Patienten ahnen absolut nicht, dass sie operirt worden sind. Man muss das freudige Erstaunen gesehen haben, mit welchem sie den im Spülwasser schwimmenden Polypen betrachten, namentlich wenn sie aus früherer Erfahrung die Schmerzen und üblen Nachwehen einer instrumentellen Entfernung kennen.

2) Die Gefahr einer septischen Infection ist absolut ausgeschlossen, namentlich wenn man mit aseptischen Flüssigkeiten ausspritzt, da man auf diese Weise ja geradezu desinficirt.

3) Die Operation erfordert weit weniger Zeit. Die Polypen sind in der Regel unter 10 Fällen 9 mal bei der 1. oder 2. Ausspritzung entfernt.

4) Die polypösen Massen werden jedesmal in toto, also weit vollständiger, als bei der instrumentellen Methode, entfernt, niemals bleiben Reste, halbe oder viertel Polypen zurück.

Digitized by Google

5) Bedarf es nur einer geringfügigen, überaus kurzen aseptischen Nachbehandlung (Pulverung mit Borsäure oder Jodoform), um die kleinen wunden Stellen, welche dem Ursprungspunkt der Polypen entsprechen, zur Verheilung zu bringen.

6) Die Ausspritzungsmethode ist manuell weit leichter, als jede instrumentelle Entfernung der Polypen. Letztere kann unter Umständen grosse Ansprüche an die handliche Geschicklichkeit und den sicheren Blick des Operateurs machen; das fällt bei der Ausspritzungsmethode ganz weg.

Man wird mit Recht fragen, worin das Eigenthümliche der von mir angewendeten Ausspritzungs-Methode liegt. Denn, wenn sich dieselbe nicht von der bisher gebräuchlichen unterscheiden würde, würde sie offenbar auch nicht zu anderen Resultaten geführt haben. Der einzige Unterschied liegt darin, dass ich unter weit höherem Druck und mit weit grösseren Wassermassen ausspritze, als bisher für erlaubt galt.

Meine Spritze ist aus Messing, hat die Form einer anatomischen Injections-Spritze, ist ca. 20 Cm. lang, hat einen Querdurchmesser von 5,5 Cm. und fasst 0,4 Liter Wasser. Sie ist mittelst eines 20 Cm. langen, 8 Mm. im Lichtungs-Querdurchmesser haltenden, aus bestem Gummi gearbeiteten Schlauches mit einem 10 Cm. langen, 2 Mm. im Lichtungs-Querdurchmesser haltenden Hartcautschukrohr verbunden, das als Ansatzstück dient.

Zum Ausspritzen sind ausser dem Operateur zwei Assistenten nothwendig. Der eine, der die Spritze bedient, hat seinen Stand rechts vom Operateur, der andere steht hinter dem Patienten. Er hat weiter nichts zu thun, als das Ausgussbecken unter das auszuspritzende Ohr zu halten. Man darf dies nicht vom Patienten selbst thun lassen. Erstens hält dieser das Becken nicht richtig, so dass leicht Wasser daneben fliesst, zweitens ziehen viele Patienten, namentlich Kinder, beim Ausspritzen des Ohres die gleichseitige Schulter in die Höhe und neigen den Kopf auf die gleiche Seite. Dadurch verschliessen sie den Ohreingang mehr oder weniger, vermindern also die Kraft, mit der der Wasserstrahl in den Gehörgang dringt. Dem soll der hinter dem Patienten stehende, das Becken haltende Assistent dadurch vorbeugen, dass er, sobald er die betreffende Bewegung merkt, die Schulter des Kranken mit dem Spülbecken niederdrückt, während er mit der anderen Hand den Kopf desselben nach der entgegengesetzten Seite wendet. Der Patient sitzt mit dem auszuspritzenden Ohre dem Lichte zugewendet. Der Operateur steht mit dem Rücken gegen das Licht, seitlich neben dem Patienten, im Uebrigen genau so, als wenn er das kranke Ohr Trommelfellspiegeln wollte. Er fasst mit der linken Hand den oberen Rand der Ohrmuschel und zieht denselben stark nach hinten, oben und aussen, während er mit der rechten das Ansatzrohr der Spritze ca. 2 Cm. tief in den Gehörgang einführt. Vorausgesetzt, dass er nicht schon früher auf den Widerstand des Polypen stösst.

In den ersten zwei Jahren habe ich das Ansatzrohr stets unter Leitung des Ohrenspiegels in den Gehörgang eingeführt, habe also den Patienten mit dem auszuspritzenden Ohre vom Lichte abgewendet gesetzt. Mit der Zeit erlangt man genügende Uebung in der tiefen Einführung

Digitized by Google

des Ansatzrohres, um sicher zu sein, dass man nie das Trommelfell oder die Gehörgangswände berührt.

Steckt das Ansatzrohr tief genug im Gehörgang, so drückt der die Spritze bedienende Assistent den Stempel derselben anfänglich langsam, sehr bald aber mit aller Kraft, deren er fähig ist, nieder. Damit dies gleichmässig, nicht stossweise geschieht, muss die Spritze folgendermassen gehalten werden: das Ende der Kolbenstange setzt sich der Assistent auf die Sternalregion. Die Spitze der Spritze fasst er mit beiden Händen und drückt so kräftig und so gleichmässig, wie möglich. Das Wasser schiesst dann mit Gewalt aus dem Ansatzrohr, spült den äusseren Gehörgang aus und spritzt noch im weiten Bogen aus der äusseren Ohröffnung heraus.

Sind Perforationen des Trommelfells vorhanden, so strömt das Wasser mit Gewalt in die Trommelhöhle, spült diese und das Antrum mastoideum kräftig aus und fliesst noch im Strahl aus der Pharyngealöffnung der Tuba in Nasen- und Mundhöhle ab.

Aber es steht doch in allen Lehrbüchern, dass zu starkes Ausspritzen üble Erscheinungen, Schwindel, Menière'sche Symptome etc. hervorrufe und vor Allem, dass man, wolle man dem Patienten nicht schaden, den Strahl nicht direct gegen das Trommelfell richten darf.

Aberglaube! Nichts als Aberglaube! Ich habe mehr als 30000 Mal in der eben beschriebenen Weise ausgespritzt. Nicht ein einziges Mal haben die Patienten über nennenswerthe Unbequemlichkeiten geklagt; hin und wieder — im Ganzen ausserordentlich selten — verspürten sie geringfügige Schwindelerscheinungen, welche innerhalb weniger Secunden vergingen. Auch in Bezug auf die Temperatur habe ich es vortheilhaft gefunden, von den Vorschriften der Lehrbücher abzuweichen. Man nehme die Ausspritzungsflüssigkeit heisser, als dies gewöhnlich angegeben wird (ca. 40—45° Celsius); je heisser das Wasser (resp. so lange die Trommelhöhle noch secernirt, die Borsäurelösung) ist, um so besser reinigt es. Daher beschleunigt die erhöhte Temperatur, die gut vertragen wird, den Heilungsprocess.

Die Vortheile der forcirten Ausspritzungsmethode sind, ganz abgesehen von der dadurch so erleichterten Polypenoperation, überaus grosse. Bei Perforationen wird das Ohr viel gründlicher gereinigt, als durch die viel umständlichere, dem Patienten unbequemere Durchspritzung per tubam mittelst des Weber'schen Röhrchens. Auch die gekrümmten Antrumröhrchen werden durch die beschriebene Methode entbehrlich, weil das mit voller Kraft in die Paukenhöhle dringende Wasser vermöge seines hohen Druckes auch in das Antrum stürzt und dieses gründlich ausspült.

Wenn die Perforation gross genug ist, kann man das Ansatzrohr der Spritze direct durch das Trommelfellloch hindurch in das Innere der Paukenhöhle führen und dann mit voller Kraft spritzen. Wie ich nach viel hundertfacher Erfahrung bestimmt versichern kann, vertragen die Patienten das Verfahren ausgezeichnet; es treten nicht die geringsten Inconvenienzen ein. Im Gegentheil. Die Resultate sind, weil die Reinigung eine gründliche ist, vorzügliche. Ist die Perforation kleiner, so muss man entweder ein dünneres Ansatzrohr nehmen und dies direct in das Cavum einführen, oder man möge — was vortheilhafter ist — das grössere Ansatzrohr — natürlich unter Leitung des Trommelfellspiegels

Digitized by Google

— bis dicht an die Perforationsränder bringen und dann mit voller Gewalt spritzen.

Dass man bei dem eben beschriebenen Verfahren trotz seiner Gewaltsamkeit doch keinen Schaden anrichten kann, dafür sorgt der zwischen Spritze und Hartcautschukansatz eingeschaltete Gummischlauch. Derselbe wirkt als Sicherheitsrohr. Da nämlich sein Durchmesser bedeutend grösser ist, als der des Hartcautschukansatzes, so kann das Wasser aus letzterem nicht so schnell abfliessen, als es zuströmt. Es entsteht also in dem Gummischlauch vor dem Ansatzstück eine bedeutende Drucksteigerung. Diese mannifestirt sich in dem Bestreben, die Wand des Gummischlauches auszubuchten. Bis zu einer gewissen Grenze bleibt diese Tendenz wirkungslos, weil die elastischen Wände des Schlauches sich bei mässigen Druckstärken nur in geringem Grade nach allen Richtungen hin ausdehnen lassen. Sobald aber der Druck eine gewisse Höhe übersteigt, entsteht an der exponirtesten Stelle — das ist die dem Hartcautschukansatze oder auch die der Spritze nächstgelegene Parthie des Gummischlauches — eine aneurysmaartige Ausbuchtung. Hier wird die Wand papierdünn und ganz durchscheinend, so dass man das Wasser mit den etwa darin enthaltenen Luftblasen durch die Wand des Schlauches hindurch deutlich erkennen kann. Sobald der Operateur dies merkt, muss er dem die Spritze bedienenden Assistenten die Weisung geben, den Druck zu vermindern, sonst platzt der Gummischlauch unfehlbar. Da diese Eventualität schon bei Druckstärken eintritt, bei denen die Gebilde des Ohres, selbst wenn sie hochgradig erkrankt sind, noch nicht den geringsten Schaden erleiden, so hat die Einschaltung des Gummischlauches offenbar den Werth einer vor jeder Gefahr schützenden Sicherheitsvorrichtung. Die von mir angewendeten Gummischläuche haben eine Wandstärke von circa 2 Mm. und sind aus bestem schwarzen Gummi fabricirt.

Mittelst der forcirten Ausspritzungsmethode vermag man jede einfache uncomplicirte Trommelfellperforation, mag dieselbe seit noch so langer Zeit bestehen, zur Verheilung zu bringen. Man hat nur nöthig, die callösen Perforationsränder anzufrischen. Hierzu dient rauchende Salpetersäure, die mit einem Glasstäbchen längs des ganzen Conturs aufgetragen wird, was durchaus schmerzlos geschehen kann. Man achte darauf, dass die rauchende Salpetersäure jedesmal frisch aus der Apotheke bezogen wird, denn wenn sie längere Zeit steht, so verliert sie, selbst wenn sie fest verstöpselt ist, an Wirksamkeit, weil sie sich durch das Licht und die Zimmerwärme zersetzt. Sie ätzt dann nicht mehr tief genug. Nach sorgfältig ausgeführter Aetzung werden täglich, nach vorheriger Anwendung des Politzer'schen Verfahrens, 2—3 forcirte Ausspritzungen des kranken Ohres in einer Sitzung vorgenommen. Der Gehörgang wird darauf mit Borsäurepulver oder Jodoform- und Salicylwatte verschlossen. In längstens 1 — 3 Monaten tritt vollständiger Narbenverschluss ein. Auf diese Weise gelang es mir mehrfach, Perforationen zu schliessen, die an 20 Jahre bestanden hatten. Sind dagegen Complicationen eingetreten, haben sich Knickungen und innere Synechien des Trommelfells mit dem Promontorium ausgebildet, so heilen auch nach meinem Verfahren derartige Trommelfellperforationen nicht.

Man stösst hin und wieder auf Patienten mit chronischen eitrigen Mittelohrentzündungen, bei denen die Schliessung ihrer Trommelfelllücke

Digitized by Google

mit Exacerbation der bis dahin ungemein geringfügigen Entzündungserscheinungen verbunden ist. So findet sich unter meinen Clienten ein Rechtsanwalt, welcher seit ca. 18 Jahren in Folge Scharlach mit Trommelfellperforationen an beiden Ohren behaftet ist. Für gewöhnlich secerniren beide Ohren nur wenig; die Lücke auf dem rechten Ohr ist stecknadelkopf-, auf dem linken linsengross. Auf Wunsch des Patienten, der vor 3 Jahren zu mir kam, wurde zuerst das rechte, schlechter hörende Ohr in Behandlung genommen. Die Wundränder wurden durch Aetzung mit Acid. nitric. fumans angefrischt, dann täglich die Luftdouche angewandt und ausgespritzt. Nach wenigen Wochen war die Lücke geschlossen. Aber der Patient, der bis dahin keine nennenswerthen Beschwerden hatte, bekam nunmehr heftige entotische Geräusche, Schwindelgefühl, Uebelkeit etc. Diese Erscheinungen schwanden, als nach abermals einigen Wochen das Trommelfell spontan dehiscirte und eine kleine Quantität Eiter entleerte. Auch diese zweite Perforation heilte nach kurzer Zeit. Nunmehr traten abermals die oben beschriebenen Erscheinungen mit solcher Heftigkeit auf, dass der Patient selbst die Paracentese des Trommelfells verlangte. Wiederum wurde eine kleine Quantität Eiter entleert. Die Erscheinungen wiederholten sich jetzt zum dritten und vierten Male. Der Patient wurde von seinen Beschwerden erst dadurch befreit, dass die Trommelfelllücke dauernd offen blieb. Nach diesen Erfahrungen verzichtete der Patient natürlich darauf, das linke Trommelfell in Behandlung zu geben. Offenbar waren hier cariöse oder andere Processe im Innern der Trommelhöhle oder des Warzenfortsatzes bestehen geblieben. Sie hatten zwar kein Hinderniss für die Verheilung der Perforation abgegeben, wohl aber immer wieder den Aufbruch des Trommelfells nöthig gemacht.

Woher stammt die irrige Vorschrift, dass das Ohr nicht stark ausgespritzt und der Wasserstrahl nicht direct gegen das Trommelfell gerichtet werden dürfe? Ich habe die Quelle nicht zu eruiren vermocht. Alle Autoren drucken die Angabe ohne Nennung ihres Gewährsmannes einfach mit dem Bemerken ab, dass starkes Ausspritzen unzweifelhaft schädlich sein könne. Nur v. Tröltsch verweist auf eine einschlägige Beobachtung (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. IV, pag. 97). Der Fall ist aber nicht beweiskräftig. Bei einem mit Polypen behafteten Soldaten, der an Meningitis zu Grunde ging, zeigten sich die ersten Symptome der Hirnhautentzündung ein paar Stunden nach einer forcirten Einspritzung. Der Patient erholte sich zwar bald wieder, es trat sogar für einige Tage vollständiges Wohlbefinden ein. Plötzlich beim Spazierengehen recidivirte die Meningitis uud endete nach 24 Stunden mit dem Tode. „Die Behandlung," sagt v. Tröltsch selbst, „war viel zu einseitig gegen die Polypen gerichtet. Die Sorge für Entfernung des Secrets muss eine ganz ungenügende genannt werden." Hic haeret aqua. Darauf also — auf das stagnirende Secret — muss die Hirnhautentzündung zurückgeführt werden. Nicht auf das zu starke Ausspritzen. Im Gegentheil, wäre kräftiger ausgespritzt worden, so wäre eine gründlichere Reinigung erzielt und man würde vielleicht den üblen Ausgang vermieden haben.

Und was den angeblichen Beginn der Meningitis nach einer kräftigen Einspritzung anbelangt, so war dies Zusammentreffen offenbar nur Zufall, denn v. Tröltsch sagt selbst, dass der Kranke schon 2 Monate vorher öfters Schüttelfröste gehabt habe.

Digitized by Google

Sei dem, wie ihm wolle, auch von Tröltsch ist kaum der erste Urheber der Vorschrift. Die Sache scheint älter zu sein. Möglicher Weise basirt sie auf folgender thatsächlichen Unterlage. Die älteren Ohrenärzte haben unzweifelhaft durchweg bei Myringitiden das Secret durch Ausspritzen mit Wasser aus dem Gehörgang entfernt. Trifft man doch heut zu Tage noch häufig genug auf diese, nach dem gegenwärtigen Standpunkte unseres Wissens nicht mehr zu rechtfertigende Encheirese. Denn bei einer Myringitis hat man es mit einer entzündlichen Affection der Cutisschicht des Trommelfelles zu thun. Mag sie acut oder chronisch sein, mag sie einem Pemphigus, einem Eczem, einem Erysipel, einem acuten Exanthem ihren Ursprung verdanken, immer und unter allen Umständen handelt es sich um eine Dermatitis. Nun hat schon der ältere Hebra nachgewiesen, dass Wasser mit entzündeter Haut nicht in Berührung gebracht werden darf, weil es zu stark reizt. Bei Hautentzündungen ist vielmehr eine indifferente Therapie, z. B. bei Myringitiden Entfernung des Secrets durch Einträufeln von Oel, darauf Dauerverband mit in Oel getränkter Salicylwatte, Silk protective und Mullbinden durch die Regeln der Dermatologie geboten. Wendet man statt dieser schonenden Behandlung die stark reizenden Einspritzungen an, treibt man das Wasser noch dazu mit Gewalt in den Gehörgang und richtet den Strahl direct gegen das entzündete Trommelfell, so können allerdings üble Folgen eintreten. Namentlich bei acuten Myringitiden werden die Schmerzen, das Fieber, die Benommenheit in hohem Maasse exacerbiren. Und das wird wohl die Veranlassung zu der Regel, dass man das Ohr nur schwach ausspritzen dürfe, gegeben haben. Den älteren Ohrenärzten konnten die Vorschriften unserer heutigen, so hoch ausgebildeten Dermatologie noch nicht bekannt sein. Sie sahen bei acuter Myringitis (namentlich bei Myringitis bullosa, das ist, dermatologisch gesprochen, Pemphigus der Membr. tympani) Secret im Gehörgang liegen. Das musste entfernt werden. Dazu brauchten sie Einspritzungen. Dabei machten sie die richtige Beobachtung, dass das entzündete Trommelfell forcirte Einspritzungen schlecht verträgt und schlossen daraus, dass das Ohr überhaupt starkes Einspritzen nicht dulde, indem sie einen Befund, der nur für einen speciellen Fall gilt, verallgemeinerten. Und das hat sich von Lehrbuch auf Lehrbuch fortgepflanzt, was um so schlimmer wirkt, weil die Regel einem Falle entlehnt war, in dem das Ausspritzen, auch das schwache, überhaupt hätte unterbleiben müssen.

Wenn eben das Ausspritzen bei Myringitiden im Allgemeinen perhorrescirt wurde, so muss doch zur Vermeidung von Missverständnissen einer Ausnahme Erwägung gethan werden: Das sind die chronischen Trommelfellentzündungen mit Polypenbildungen auf der Membrana tympani oder im Gehörgang. Hier sind vielmehr Einspritzungen, und zwar forcirte, dringend geboten, aber nur insoweit, als sie zur Entfernung der Polypen dienen. Ist dieser Zweck erreicht, so muss nunmehr, vorausgesetzt, dass keine weiteren Complicationen vorliegen, der obenerwähnte indifferente Dauerverband (mit in Oel getränkter Salicylwatte, Silk protective und Mullbinden) Anwendung finden. Das Wasser, auch in Form von Adstringentien (Zink-, Kupfer-, Blei- oder Silberlösungen), muss fortbleiben, sonst heilt die chronische Myringitis nie.

Digitized by Google

Aneurysma der Aorta anonyma.

Von

Dr. **Max Schaeffer** in Bremen.

Folgende 2 bald hintereinander beobachtete Fälle möchten die Wichtigkeit der laryngoscopischen Untersuchung für die Diagnose anderer Organerkrankungen recht deutlich zeigen:

I. Hr. Nadermann, pensionirter Loydingenieur aus Triest, welcher aus der hiesigen Gegend stammt, kam am 28. September d. J. wegen Kurzathmigkeit und Heiserkeit in meine Behandlung.

Patient ist 60 Jahre alt, ein grosser, kräftig gebauter Mann, welcher sehr anaemisch aussieht. Derselbe war bis vorigen Winter immer gesund gewesen; seit dieser Zeit hatte er Beschwerden, welche er mit Sodbrennen, Drücken, Ziehen im Halse verglich. Allmählig stellten sich Kurzathmigkeit und Schmerzen in den unteren Halsparthien bei Bewegungen ein.

Ausser einem anderen Wiener Arzte consultirte er Hrn. Prof. Bamberger, welcher ihn nach Gleichenberg schickte. Dort fand Patient trotz mehrwöchentlicher Cur keine Besserung. Ich las die Zeilen, mit welchen der dort behandelnde Arzt den Patienten entlassen hatte, die aber absolut keinen Aufschluss über sein Leiden gaben. Patient schien nach denselben dort wegen eines Bronchialcatarrhes behandelt worden zu sein.

Der Larynx war nach Angabe des Patienten nie untersucht worden.

Patient reiste von Gleichenberg in seine Heimath hierher; dort wurde er Anfang September plötzlich heiser.

Dies veranlasste ihn, bei mir Hilfe zu suchen.

Patient sprach mehr rauh und grob, als dass er heiser war; er hatte ausser den oben angeführten Beschwerden ausgesprochene inspiratorische Dyspnoe.

In der linken Nase hatte Patient an der mittleren Muschel Schleimpolypen, im Pharynx leichten Catarrh. Die laryngoscopische Untersuchung ergab das linke wahre Stimmband absolut feststehend, sichelförmig ausgebuchtet, verkürzt, als schmalen Streifen kaum unter dem infiltrirten falschen Stimmbande zu sehen. Das rechte wahre Stimmband functionirte normal.

Der ganze Larynx erschien nach rechts vorn herumgedreht. Die Schleimhaut des Larynx und unteren Larynxraumes und des oberen Theiles der Trachea erschien namentlich linksseitig entzündlich geschwellt.

Der Oesophagus erwies sich beim Sondiren frei. Lunge gesund.

An den 2. Mitralton hängt sich ein metallisches Geräusch.

L. V. O. im Winkel zwischen Sternoclaviculargelenk und Trachea ist eine handtellergrosse, ausgesprochene Dämpfung und Pulsschlag mit einem schwirrenden Geräusch verbunden zu constatiren.

Ich stellte demnach die Diagnose auf eine Paralyse des linken M. thyreo-arytaenoideus internus und eine Paralyse des linken M. crico-arytaenoideus posticus und nahm weiter an, dass dieselben veranlasst seien durch ein Aneurysma der linken Carotis communis oder der Aorta anonyma.

Den Larynx pinselte ich mit einer 10proctgen. Cocainlösung, die einige Mal bei Paralyse des M. crico-arytaenoideus posticus gute Dienste

Digitized by Google

geleistet haben soll. Von den anderweitig empfohlenen Strychnin-Injectionen nahm ich Abstand.

Gegen die Paralyse sowohl, wie gegen das Aneurysma zog ich abwechselnd den inducirten und constanten, resp. electrolytischen Frommhold'schen Strom mit Schwämmen in Anwendung.

Vom 28. September bis 9. October ging Alles gut. Patient konnte wieder besser schlafen, die Schmerzen bei Bewegungen, die Kurzathmigkeit verminderten sich, die Sprache besserte sich durch erfolgreiche Einwirkung des electrischen Stromes wenigstens auf die Paralyse des M. thyreo-arytaenoidus internus. Die sichelförmige Ausbuchtung des linken wahren Stimmbandes begann zu verschwinden, resp. kam dasselbe beim Intoniren in der Mitte flatternd zum Vorschein.

Die entzündlichen Erscheinungen an den Schleimhäuten gingen auch zurück, so dass man gut in die Trachea sehen konnte.

Am 9. October kam Patient mit der Nachricht zu mir, dass er Nachts ziemlich viel Blut ausgehustet habe und er sich seitdem wesentlich erleichtert fühle.

Die Inspection ergab einen kleinen, linsengrossen Blutschorf auf der vorderen Trachealwand aufsitzend zwischen 3. und 4. Trachealknorpel.

Dieser Umstand liess mich

1) auf einen beginnenden Durchbruch des Aneurysma in die Trachea, durch Usur derselben, schliessen und

2) bestimmt ein Aneurysma der Aorta anonyma annehmen.

Am 21. October sah man in der Trachea noch eine seichte Excoriation an der Stelle, wo der Blutschorf gesessen.

Am 28. October verabschiedete sich Patient von mir. Die Athmung, Sprache hatten sich weiter gebessert. Da Patient sich von seiner Reise nicht zurückhalten liess, so ermahnte ich ihn wenigstens zu grösster Vorsicht beim Reisen und gab ihm einen Brief an seinen Arzt in Triest mit meiner Diagnose mit.

Am 9. November wurde Patient zwischen Dresden und Prag todt im Eisenbahn-Coupé in einer Blutlache schwimmend aufgefunden. Es war wahrscheinlich in Folge der Anstrengungen der Reise der Durchbruch des Aneurysma in die Trachea erfolgt.

II. Den 2. Fall beobachtete ich an einem 55 Jahre alten Zimmermeister aus H.

Derselbe glaubte wegen seiner Kurzathmigkeit lungenkrank zu sein.

Patient hatte ausgesprochen inspiratorische Dyspnoe.

Die Lunge erwies sich als gesund.

Die Herztöne sehr schwach, ohne Geräusch.

An der Aorta anonyma ein blasendes Geräusch.

Die laryngoscopische Untersuchung ergab Paralyse des linken M. crico-arytaenoideus posticus und des linken falschen Stimmbandes.

Das Aneurysma war in diesem Falle offenbar noch nicht so gross, um weitere Beschwerden zu veranlassen, da Patient seinem Berufe noch vorstehen konnte, bei welchem er sich nicht viel zu bewegen brauchte. Patient wollte deshalb auch von einer Behandlung nichts wissen; doch veranlasste ich ihn zu einer möglichsten Beschränkung stärkerer körperlichen Bewegungen.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber die Einwirkung des Pilocarpins auf die Schleimhaut der Paukenhöhle. Von W. Kosegarten (Kiel). (Zeitschrift für Ohrenheilk., XVI, 2/3.).

K. hat, angeregt durch die von Politzer bei acuten Labyrinthaffectionen durch subcutane Pilocarpin-Injectionen erzielten Erfolge, auch bei trockenem Mittelohrcatarrh (Sclerose) Gebrauch von dieser Behandlungsweise gemacht und unter einer Reihe von 30 einschlägigen Fällen im Ganzen günstige, zum Theil sogar sehr gute Resultate erzielt. K. begnügte sich jedoch nicht mit einer 8 tägigen versuchsweisen Behandlung, sondern dehnte dieselbe auf mindestens 6 Wochen aus bei womöglich täglicher Injection von 0,01 Pilocarpin, und zwar auf Grund einer anderweitig gemachten Erfahrung, wo in einem Falle von dichten Glaskörpertrübungen eine Aufhellung erst nach dreimonatlicher Pilocarpinbehandlung, dann aber auch vollständig, eintrat. Die erzielten Erfolge führt K. darauf zurück, dass die Indurationen und Verdickungen der Paukenschleimhaut durch frische Secretion in Folge der Pilocarpinwirkung zur Lockerung, die Adhäsionen zur Durchfeuchtung und Erweichung, der starr gewordene Leitungsapparat wieder zu besserer Schwingungsfähigkeit gebracht worden seien; es konnte nämlich wiederholt eine frische Hyperaemie des Trommelfells und selbst Secretbildung im Mittelohr $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach der Injection nachgewiesen werden, wie denn auch für eine solche locale Einwirkung des Mittels der mehrmals von K. constatirte Umstand spricht, dass sich diffuse Trommelfelltrübungen im Laufe der Behandlung mehr und mehr aufhellten.

Keller.

Von den Vorträgen auf der diesjährigen 19. Jahres-Versammlung der amerikanischen otologischen Gesellschaft zu Neu-London [Connecticut] (Refer. in der Revue mens. de laryngol. etc., November 1886) mögen folgende besondere Erwähnung finden:

1) Sexton (New-York) empfiehlt in Fällen langdauernder chronischer Otorrhoe mit Erschwerung des Secretabflusses durch Trommelfellreste und Polypenbildung, genau in derselben Weise, wie es Kessel bereits ausgeführt hat (Oesterr. ärztl. Vereinszeit. 1885, 5; Ref. im Archiv für Ohrenheilkunde XXII, 3. April), die Ausräumung der Paukenhöhle von Granulationen und die Excision des Trommelfells mit Entfernung der etwa noch restirenden Gehörknöchelchen, Hammer und Amboss. Gegenüber der speciellen Empfehlung dieses Verfahrens bei gleichzeitiger Granulationsbildung im Antrum mast. betonten Agnew und Knapp die Vortheile der Eröffnung des Warzenfortsatzes in diesen Fällen, wodurch allein eine ausgiebige örtliche Behandlung und Drainage des Antrum und oberen Trommelhöhlenraumes zu erzielen sei.

2) Buck (New-York) zieht für die Eröffnung des Warzenfortsatzes den Drillbohrer dem Meissel vor; er bestreitet die grössere Gefährlichkeit desselben, indem er nicht beobachtet habe, dass bei hinreichender anatomischer Kenntniss der Sinus oder die Schädelgrube öfter verletzt

Digitized by Google

worden seien; den Vorwurf der Kleinheit der Operationsöffnung weist er aus dem Grunde zurück, weil man ja Bohrer der verschiedensten Grösse sich könne anfertigen lassen; er gebrauche solche von 1/4 Zoll Durchmesser beim Beginn der Operation, während er sich beim tieferen Vordringen kleinerer Instrumente bedient; bei grösseren Sequestern muss die äussere Oeffnung natürlich entsprechend vergrössert werden. Pyämie und Septicämie seien bei Anwendung des Drillbohrers selten. Dagegen sei eine ganze Reihe von Nachtheilen mit dem Gebrauch des Meissels verbunden: die grosse Hautwunde, die breitere Oeffnung im Knochen mit nachfolgender tiefer Narbeneinziehung, längere Operationsdauer und grössere Gefahr bei derselben. Nach Beendigung der Operation mit dem Bohrer verschliesst B. die Hautwunde bis auf eine kleine Oeffnung zum Ausfluss des Secrets. — In der Discussion, an welcher sich die hervorragendsten amerikanischen Otologen betheiligten, wurde Seitens der Mehrzahl derselben dem Gebrauche des Meissels der Vorzug gegeben.

3) Burnett (Philadelphia) berichtet über 2 Fälle von chronischer Eiterung der Portio attica der Paukenhöhle mit Perforation der Membr. flaccida, bei welchen Wasserstoffsuperoxyd (cf. No. 6, 1886, d. Monatsschr.) in möglichst starker Concentration, von der Tuba her applicirt, sich als sehr zweckmässig erwies, nachdem alle anderen angewandten Mittel im Stiche gelassen. — Unter dem Namen „Atticus tympanicus“ oder „Portio attica tymp.“ wird nach dem Vorgange von Sam. Sexton auf der vorjährigen Versammlung der amerikan. otolog. Gesellschaft der obere Trommelhöhlenraum verstanden, welcher zwischen dem medialen Ende der oberen Gehörgangswand einerseits und dem, von dem horizontalen Bogengange und Facialiscanal gebildeten Wulste an der Labyrinthwand andererseits gelegen ist, nach oben von dem Tegmen tympani begrenzt wird und rückwärts in das Antrum mastoid. führt. Die nach Tubencatarrhen, Einspritzungen durch die Tuba etc. auftretende Entzündung dieser Theile, bei welcher sich die Membr. Shrapnelli durch seröse Durchtränkung beutelförmig vor das Trommelfell bis zu dessen völliger Verdeckung vorlagern kann, pflanzt sich leicht nach dem Antrum fort; in leichten Fällen manifestirt sich die Entzündung nur durch Röthung der Membr. flaccida und des unter dem Proc. brevis gelegenen Trommelfellabschnittes.

4) Bacon (New-York) berichtet über 2 Fälle von Ohrverletzungen; im ersten war ein kleiner Baumzweig in den Gehörgang gedrungen und hatte das Trommelfell perforirt. Im zweiten war eine Pistolenkugel von hinten in 2 Meter Entfernung in den Proc. mast. eingeschlagen und im Antrum stecken geblieben; es entstand beträchtliche Necrose und Taubheit (cf. diese Monatsschr. 1885, pag. 181). Keller.

A case of Epithelioma of the Auricle. Von Thomas R. Pooley, M. D. (The Medical Record, 20. November 1886.)

Vor 5 Jahren bemerkte der jetzt 42jähr. Patient (dessen Mutter an Carcin. mammae gestorben, dessen Bruder wegen eines Epithelkrebses der Nase operirt war) ein Geschwür am Ohre, das er der Einwirkung des Frostes zuschrieb. Später wurde dasselbe sehr schmerzhaft und vor einem Jahre excidirt. Die microscopische Untersuchung ergab angeblich keine Malignität. Es stellte sich jedoch sehr bald ein Recidiv ein, so

Digitized by Google

dass Verf. sich genöthigt sah, Ende 1884 die Entfernung fast der ganzen Ohrmuschel vorzunehmen. Cocain-Anästhesie, vorher Abklemmen mit der Knapp'schen Entropium-Zange. Die microscopische Untersuchung ergab einen Epithelialkrebs. Bis jetzt — 2 Jahre p. op. — ist kein Recidiv eingetreten, so dass complete Heilung stattgefunden zu haben scheint. —s.

Physiologisch-diagnostischer Beitrag zur Ohrenheilkunde. Von Prof. Dr. A. Lucae. (Berl. klin. Wochenschr. No. 32, 1886.)

Durch eine grosse Anzahl von Beobachtungen hat Verf. gefunden, dass die Lageveränderung des Trommelfelles allein keinen sicheren Anhaltspunkt für das Vorhandensein von Hörstörungen biete, sondern dass letztere vielmehr von den Spannungsanomalien des Trommelfells abhänge. Zur Beurtheilung dieser Spannungsanomalien dient die Höhe des Anblasegeräusches des äusseren Gehörgangs. Abnorme Erhöhung findet sich bei stärkerer Spannung, abnorme Vertiefung am häufigsten bei grossen, schlaffen Perforationsnarben. Bei ausgesprochen hohem Anblasegeräusch wurde stets, bei vertieftem nicht immer eine Functionsstörung gefunden. — Die Richtigkeit der schon früher (du Bois-Reymond's Arch. 1883) ausgesprochenen Ansicht über den Einfluss der Spannungsveränderung auf die Functionsstörung resp. die Höhe des Anblasegeräusches wird durch folgenden Fall erwiesen: Patient hatte bei willkürlicher Contraction des Tensor tympani durch Mitbewegung des Musc. antitragicus ein Zucken des Antitragus, so dass der Moment der Trommelfellanspannung von aussen bestimmt werden konnte. Je nach der Zuckung ging der Ton des Anblasegeräusches mehr oder weniger in die Höhe, um bei Nachlass der Contraction wieder tiefer zu werden. $c - c^2$ wurden während der Anspannung merklich gedämpft gehört, dagegen c^4 stärker; auch objectiv waren sowohl c^4, als auch die höchsten Obertöne der tieferen Gabeln während der Contraction verstärkt.

Kiesselbach.

Ueber Reflexerscheinungen, welche auf das Gehörorgan bezogen, und solche, welche von dorther ausgelöst werden. (Reflex Aural Symptoms Without Aural Disease. Aural Disease Exciting Reflex Symptoms.) Von C. J. Blake und T. M. Rotch in Boston. (The American [International] Journal of the Med. Sciences, Oct. 1886.)

Aus der mitgetheilten Casuistik sind zwei Fälle hervorhebenswerth, bei welchen eine acute Mittelohrentzündung bei Kindern Symptome verursachte, welche auf Pneumonie deuteten. Im Uebrigen herrscht in dem Artikel viel Verworrenheit und Unklarheit. Die bei einem Phthisiker auftretende Mittelohreiterung wird als vasomotorische Nervenreflexwirkung erklärt: gewiss ein naiver Anachronismus. A. Sch. (N.-Y.)

Naevus vascularis der Ohrmuschel. (Naevus vascularis maternus of the Ear.) Von William C. Pipino in Des Moines, Jowa. (Med. Record, 16. Oct. 1886.)

Die Geschwulst entwickelte sich aus unscheinbaren Anfängen, welche wenige Tage nach der Geburt von der Mutter zuerst bemerkt wurden.

Digitized by Google

Zur Zeit der Exstirpation, zwei Jahre nachher, war sie 2 1/8 Zoll lang, 1 Zoll breit und 3/4 Zoll tief. Sie sass dem Helix auf. — Ein Holzschnitt begleitet die Beschreibung des Falles. A. Sch. (N.-Y.)

Exostose des Processus mastoideus. Von Dr. Florency. (Paris médical, Avril 1886. — Ref. der Revue mens. de laryngol. etc., November 1886.)

Florency fand bei einer 25jährigen Patientin eine Exostose des Warzenfortsatzes, welche unerträgliche Schmerzen verursachte, ohne selbst bei Druck empfindlich zu sein; der Tumor, welcher haselnussgross war, wurde mittelst Hohlmeissels entfernt; völlige Heilung, Nachlass der Schmerzen, kein Recidiv. Keller.

Des bourdonnements d'oreille dans les affections de l'estomac. Par Menière. (Revue mensuelle de laryngol. etc. VII, 6, p. 296, 1886. — Schmidt's Jahrbb. No. 10, 1886.)

Verf. hat gemeinschaftlich mit Dr. Leven in verschiedenen Fällen einen Zusammenhang von Ohrensausen, also von Krankheiten des inneren Ohres, mit Magenaffectionen verschiedener Art constatiren können.

Das Sausen bildet eine Analogie zu dem allgemein bekannten Magenschwindel. In einzelnen derartigen Fällen tritt auch Schwerhörigkeit auf. Besonders beachtenswerth sind unter den beobachteten Fällen diejenigen, in welchen das Sausen durch eine otiatrische Behandlung unbeeinflusst blieb, während es geheilt oder gebessert wurde, wenn es gelang, die Magenaffection zu beseitigen. —r.

Taubheit und Sprachverlust in Folge eines Schlages auf das Hinterhaupt. (Surdité et logoplégie par suite d'un coup sur la région occipitale.) Von Dr. Délie, (d'Ypres). (Revue mens. de laryngologie etc., Octobre 1886)

Ein 13jähr. Knabe erhielt einen wuchtigen Stockschlag auf den Hinterkopf; nach 2 Minuten langer Bewusstlosigkeit konnte er nach Hause laufen, war aber sofort völlig taub und sprachlos geworden; im Uebrigen absolut keine Veränderung im Allgemeinbefinden, Intelligenz intact; an der getroffenen Stelle nur geringe Schwellung und Schmerzhaftigkeit; kein Schwindel oder Erbrechen. Die Taubheit war für Sprache, Uhr, Stimmgabeln etc. eine absolute. Simulation wurde, nachdem wiederholte Entlarvungsversuche negativ ausgefallen, ausgeschlossen. 8 Tage später stellte sich langsame Besserung des Gehörs ein, die Sprache aber kehrte nach 2 Monaten plötzlich wieder, und zwar durch Schrecken nach einem Sturz in's Wasser; 3 Tage später war auch das Gehör völlig retablirt. Keller.

---

b) Rhinologische:

Die Bedeutung der Nase für die Respiration. (De beteekenis van den neus voor de ademhaling.) (Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneeskd. No. 47, 1886.)

Unter diesem Titel hat Aschenbrandt unlängst eine Reihe von Untersuchungen publicirt, welche er im Laboratorium von Prof. Fick in Würzburg ausgeführt hat. Die Fragen, die er sich stellte, waren fol-

Digitized by Google

gende: 1) Wie hoch wird die eingeathmete Luft von Zimmertemperatur bereits in der Nase erwärmt? 2) In welchem Maasse wird sie in der Nase mit Wasserdampf geschwängert? 3) In welchem Maasse schützt die Nase die Lungen gegen das Eindringen von Staub?

Die Methode, welche Verf. befolgt hat, ist in Kurzem folgende: Er lässt stets eine bestimmte Quantität Luft (5 Liter) durch einen Aspirator durch die Nase strömen, so dass die Luft durch das eine Nasloch ein-, durch das andere ausströmt. Alle 6 Secunden strömte ein Liter durch, so dass in 30 Secunden die ganze Versuchsmenge ablief. Mit einem sehr empfindlichen Thermometer wurde die Temperatur der ausströmenden Luft gemessen. Das Resultat war, dass bei einer Aussentemperatur von 12° C. die Luft in der Nase auf 30° erwärmt wurde; dasselbe war auch bei einer Aussentemp. von 8° C. der Fall. Da die Exspirationsluft gewöhnlich auch nicht wärmer ist, so ergiebt sich, dass die Erwärmung der eingeathmeten Luft fast ausschliesslich in der Nase vor sich geht und dass sie tiefer gelegenen Theilen, die Lungen eingeschlossen, keine Wärme entzieht.

Was die Beantwortung der zweiten Frage anlangt, so ergab sich, dass die 5 Liter Luft bei ihrem Durchströmen durch die Nase dieser etwa 0,18 Gr. Wasser entzogen hatten, d. h. dass die Luft mit Wasserdampf gesättigt war. Alles Wasser, das von der eingeathmeten Luft dem Körper entzogen wird (in 24 Stunden ca. 500 Gr.), wird daher von der Nase geliefert, so dass auch der Wärmeverlust, welcher durch die Verdampfung des Wassers verursacht wird, von der Nasenschleimhaut getragen werden muss und die Lungen auch auf diesem Wege durch die Athmung nicht abgekühlt werden.

Was nun die in der Luft suspendirten Staubtheilchen betrifft, so zeigte sich, dass sogen. chemische Stoffe, z. B. Salmiakdämpfe etc., von der Nase nicht zurückgehalten werden, dass im Uebrigen aber, sobald die Staubtheilchen einige Grösse erreichen, die ausströmende Luft keinen Einfluss hat.

Die Experimente beweisen also die dreifache Function der Nase für die Athmung, welche den dreifachen Nachtheilen der Athmung durch den Mund entsprechen. —s.

Ueber das Zusammentreffen von Trachom der Bindehaut mit Catarrhen der Nasenschleimhaut. Von Dr. Ziem. (Allgem medic. Central-Ztg No. 23, 1886.)

Entgegen der von Scheff in seinem Abrisse der Nasenkrankheiten kürzlich ausgesprochenen Ueberzeugung, dass das Secret einer trachomatös erkrankten Bindehaut, durch den Thränen-Nasen-Canal auf die Nasenschleimhaut gelangend, daselbst Reizerscheinungen und chronischen Schnupfen hervorbringe, findet Z., dass dieser Zusammenhang der Dinge durchaus nicht erwiesen ist, dass beide Erkrankungen unabhängig von einander auf ein beiden gemeinsames infectiöses Agens zurückzuführen sein können, oder dass, was ihm nach seinen Beobachtungen wahrscheinlicher ist, ein präexistirender Nasencatarrh in Folge der hierbei auch im Gefässgebiete der Bindehaut eintretenden Circulationsstörung, sowie in Folge der resultirenden Thränenstauung, die Conjunctiva zu Erkrankung an Trachom empfänglicher machen kann. Z.

Digitized by Google

Primäres Fibrosarcom der rechten Nasenhälfte. (Sur un cas de fibrosarcome primitif de la fosse nasale droite.) Von Dr. E. J. Moure. (Revue mensuelle de laryngologie 1886, No. 8.)

Gleichmässiges Vorkommen bei beiden Geschlechtern, kann in jedem Alter vorkommen, meistens zwischen 30 und 45 Jahren, „rasches Wachsthum", Ulceration mit bedeutenden Blutungen, Fehlen der geschwollenen Halsganglien, dann Symptome, welche allen Nasentumoren gemeinschaftlich sind.

Verf. beschreibt ein vom vorderen Theile der rechten mittleren Nasenmuschel ausgehendes Sarcom; die lange verzögerte Operation wurde mit Erfolg durch äusseren Hautschnitt gemacht; nach 7 Monaten war noch kein Recidiv eingetreten. Verf. betont die häufigen Blutungen und das rasche Wachsthum als alleinige Symptome, welche auf die Diagnose führen, verwirft alle Halbmassregeln und namentlich das Brennen als schädlich. Dr. P. K.

---

2 mit ungewöhnlichen Symptomen verlaufende Fälle von adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Deux cas de végétations adénoides de la voûte palatine ayant présenté des particularités peu ordinaires.) Von Dr. Harrison Allen. (Société de laryngologie d'Amérique, 27. Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 8.)

1) Ein 5jähriger Knabe bekam beim Eingeschlafensein Erstickungsanfälle. Operation der adenoiden Vegetationen und Mandelexstirpation halfen nichts. Endlich bemerkt man, dass während des Schlafes die Zunge nach hinten geworfen wird, dass so die Erstickungsanfälle auftreten und dass letztere nach Bücken des Kopfes nach vorne aufhören. Es wurden nun Massregeln getroffen, um das Kind zu verhindern, die Zunge nach hinten zu werfen. Das Kind war geheilt.

2) Ein 6jähr. Mädchen befand sich nicht besser nach Exstirpation der adenoiden Vegetationen. Heilung trat erst ein, als das Kind allgemein behandelt wurde und nachdem man den Pharynx mit Jodglycerin gepinselt hatte. Dr. P. K.

Ein neues Symptom der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Un nouveau signe des tumeurs adénoides du pharynx nasal.) Von Prof. Graucher. (Annales des maladies du larynx No. 5, 1886.)

Athmet ein mit adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes behafteter Patient auf bequeme Weise, so athmet er mit offenem Munde; die Adspection des Thorax ergiebt gleichmässige Dilatation des Thorax in allen seinen Durchmessern, den sogenannten gemischten, costodiaphragmatischen Respirationstypus; dem entsprechend ist das vesiculäre Athmen normal über den ganzen Thorax verbreitet.

Athmet nun derselbe Kranke durch die Nase allein, so kommt allmählig Lufthunger: Claviculae und die oberen Rippen heben sich kräftiger, die Sternocleidomastoidei arbeiten mehr, Epigastrium und Unterleib flachen sich ab oder ziehen sich sogar ein: der Respirationstypus ist rein costal geworden und er beschränkt sich auf die oberen Rippen. Dementsprechend wird auch das vesiculäre Athmen modificirt.

Digitized by Google

Diese Symptome sind nach Graucher constant und stellen ein gutes diagnostisches Hilfsmittel dar. Dr. P. K.

Ueber maligne Tumoren des Nasenrachenraumes. (Sur les tumeurs malignes de l'arrière bouche.) Von Dr. Castex. (Revue de chirurgie No. 1, 2 und Annales des maladies du larynx 1886, No. 5.)

Verf. giebt die Differentialdiagnose der verschiedenen malignen Tumoren der hinteren Mundhöhle und räth zur frühzeitigen Operation. Sind einmal die Ganglien infiltrirt, besteht Cachexie, so soll man nicht mehr operiren, sondern einfach lindern. Dr. P. K.

Haematom der Nasenscheidewand; seine Entstehungsart, Symptome, Diagnose, Behandlung. (Hématome de la cloison nasale; mode de production; symptomes, diagnostic, traitement.) Von Dr. Péan.)

Péan stellt ein Kind vor, welches durch Schlag auf die Nase eine Fractur der Nasenscheidewand mit doppelseitigem Haematom erhalten hatte. Die wenig anhaftende Schleimhaut löst sich leicht von der Scheidewand ab, die zahlreichen Gefässe bersten. Das rasche Entstehen nach Trauma, seine Lage am vorderen Naseneingang, seine glatte rothe Oberfläche, die deutliche, durch beide Tumoren durchgehende Fluctuation sichern die Diagnose. Sich selbst überlassen, bleiben diese Tumoren oder sie abscediren und zerstören die Scheidewand. Man soll das Haematom aufschneiden und ein Drain einlegen. Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Cocain in acuter Pharyngitis. Von Dr. Kurz. (Abeille Médicale. — The Lancet, 13. Nov. 1886.)

In einem Fall von acuter Pharyngitis pinselte K., nachdem Kal. chlor., Salicylsäure, Chinin und Eis unwirksam gegen die phlegmonöse Entzündung geblieben waren, den Pharynx mit 4procent. Cocainlösung. Nach 4 Pinselungen war Schwellung, Disphagie etc. geschwunden.

—s.

Halsherpes. (Herpes de la gorge.) Von Dr. Solis Cohen (Medical Record und Annales des maladies du larynx etc. No. 3, 1886.)

Verf. beschreibt einen chronischen, seit 15 Jahren bestehenden Herpes bei einem 45jährigen Manne. Am weichen Gaumen entstehen Papeln, welche sich bald in Bläschen umwandeln; die Bläschen enthalten eine durchsichtige Flüssigkeit; es entstehen nachher leichte, mit fibrinösem Belag bedeckte Geschwüre, welche nach 2—3 Tagen heilen. Alle 2—3 Wochen wiederholt sich das ganze Phänomen. Dr. P. K.

Ueber den negativen Werth der Milchsäure bei Behandlung der Larynxtuberculose. (Sul valore negativo dell' acido lattico nella cura della tubercolati laringea.) Von O. Masini, Genua. (Bollettino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso. Firenze, 1. Mai).

Schon der vermehrte Reizzustand der Larynxschleimhaut bei Tuberculösen sollte Jedermann von der Anwendung eines jenen noch steigern-

Digitized by Google

den Medicamentes abhalten; üble Zufälle würden dadurch künstlich angeregt. Dass ab und zu einzelne Geschwürsformen bei Tuberculösen sich darunter bessern, beweist noch immer nicht deren tuberculöse Natur. Verf. hat die Milchsäure in allen Stadien der Larynxphthise mit constantem Misserfolge versucht, und meint, man werde von deren Gebrauch bald ganz abkommen. Dr. Karis.

Experimentelle Studien über die Phonation. (Etude expérimentale sur la phonation.) Von Dr. Lermoyez. (Thèse de Paris et annales des maladies du larynx 1886, No. 5.)

Verf. hat seine Experimente auf dem todten Kehlkopfe, als dem zuverlässigsten Untersuchungsobject, gemacht; er verwirft die Experimente mittelst Laryngoscop, Vivisection und künstlichem Kehlkopfe. Von Interesse bei den Experimenten ist, dass viele davon auf frischen Kehlköpfen von eben verstorbenen Cholerakranken gemacht wurden. Die Schlüsse der These sind folgende: 1) Der Mechanismus des Erhöhens und Tieferwerdens der Stimme hängt fast ausschliesslich von der Spannung und Relaxation der Stimmbänder ab; die Länge der Stimmbänder greift nie als Factor in diese Modificationen ein, denn sie wird sogar grösser, wenn der Ton höher wird. 2) Die Veränderungen in der Glottisweite haben Einfluss auf die Klangfarbe, aber nicht auf die Tonhöhe. 3) Das Klaffen der Glottis interarytaenoidea bedingt constante Aphonie; das Schliessen dieser Glottis ist durch den Musculus interarytaenoideus bedingt. Es ist wahrscheinlich, dass bei leichtem Klaffen der Glottis interarytaenoidea die tiefen Töne des Brustregisters noch möglich sind. 4) Die zugleich auftretende Contraction des Musculi cricoarytaenoidei laterales und postici sichert das feste Anheften der Cart. arytaen. auf den Ringknorpel, ohne welches der Effect der Stimmmusculatur null ist. 5) Der Cricoarytaenoideus ist der einzige Spanner der Stimmbänder. 6) Der Thyreoarytaenoideus internus hat bei seiner Contraction zwei Wirkungen: a) er erschlafft die Stimmbänder, indem er ihre beiden Extremitäten nähert, b) indem er anschwillt, drückt er von aussen nach innen auf die Stimmbänder und sichert das Gleichbleiben der Brusttöne. 7) Es besteht also in dem phonirenden Larynx Antagonismus zwischen den Tensoren und Relaxatoren. 8) Die Intonation entsteht aus dem Gleichgewicht, welches aus diesen entgegengesetzten Wirkungen hervorgeht. 9) Ausser der Contraction der Musculi cricothyroidei, welche activ wirken, werden die Stimmbänder noch passiv gespannt durch den Exspirationsstrom; diese letzte Spannung ist von Wichtigkeit bei der Production der hohen Töne. 10) Die vocale Compensation macht es möglich, dass ein Ton in seiner Intensität wechseln kann, ohne dass er seine Höhe dadurch ändert. Die active Spannung nimmt ab, wenn die passive gesteigert wird und umgekehrt. Der Cricothyroideus ist der Compensationsmuskel. 11) Der Ton ist das Product der Vibrationen der Stimmbänder und nicht der Luft. 12) Der Musculus thyreoarytaenoideus schwingt nie. 13) Bei der Bruststimme schwingen die fibröse und die mucöse Schicht; der Musculus thyreoarytaenoideus bleibt zusammengezogen; die Glottisspalte ist gleich null; es besteht starker Druck aber wenig Luftverschwendung. Bei dem Falsett schwingt die Mucosa allein; der Musculus thyreoarytaenoideus ist abgespannt; die Glottisspalte ist elliptisch und klaffend; die Luftverschwen-

Digitized by Google

dung ist gross, der Druck aber ist gering. Der Musculus thyreoarytaenoideus internus steht dem Brustregister vor. 14) Der Unterschied zwischen diesen beiden Registern ist gewöhnlich eine Quarte. 15) Der Unterschied in der Höhe beider Register ist bedingt nicht durch die Länge der Stimmbänder, sondern durch die intime Construction derselben.

Dr. P. K.

Einklemmung eines Fremdkörpers in die Speiseröhre, Laryngotomie, Tracheotomie, Heilung, Bemerkungen. (Impaction of a foreign body in the oesophogus, laryngotomy, tracheotomy, recovery, remarks.) Von Ch. Heath, London. (Lancet, 21. Aug. 1886.)

Ein 12jähr. Knabe, welcher während des Essens einen Erstickungsanfall hatte, wurde bewusstlos, blau in's Hospital gebracht; nachdem vergeblich der Kehlkopfschnitt gemacht war, erleichterte sofort der Luftröhrenschnitt, die Sondenuntersuchung ergab ein Hinderniss in der Speiseröhre. Erbrechen beförderte ein Stück Fleisch heraus, $1^1/_2$ Zoll lang, $^3/_4$ Zoll breit und $^1/_2$ Zoll dick. Verf. schreibt die Athemnoth einem reflectorischen Stimmritzenkrampf zu. Dr. M. Schm.

Myxoedem auf eine Entfernung der Schilddrüse folgend. (Myxoedema following upon removal of the thyroid gland.) Von James Gordon, Edinburgh. (Lancet, 10. Juli 1886.)

Verf. giebt eine genaue Beschreibung des Falles von Myxoedem (Kocher's Cachexia strumipriva) mit epicritischen Bemerkungen. Der Fall betraf eine Frau von 42 Jahren, die Symptome begannen unmittelbar nach der Operation vor 11 Jahren. Den eigentlichen Zusammenhang zwischen der Schilddrüse und der Gesammtheit der Symptome erklärt er auch für dunkel, wenn auch Manches auf die Betheiligung des Nervus sympathicus hindeute. Er stellt die Krankheit in Parallele mit der Addison'schen. Dr. M. Schm.

Intubation des Larynx. (Intubation of the Larynx.) Von C. G. Jennings in Detroit. (The Americ. Lancet [Detroit], Nov. 1886.)

Krankengeschichte von 6 Fällen von Croup, bei welchen Verf. den O'Dwyer'schen Kehlkopfcatheter in Anwendung zog und welche sämmtlich letal verliefen. Der Artikel schliesst mit folgenden Sätzen:

1) Die Tracheotomie lässt sich bei Kindern unter 15—16 Monaten beinahe immer durch die O'Dwyer'sche Intubation ersetzen;

2) ebenso in Fällen von ausgesprochener diphtheritischer Toxaemie, oder wo die Kehlkopfaffection eine Complication eines acuten Exanthems bildet;

3) in allen anderen Fällen bietet die Tracheotomie durch einen halbwegs erfahrenen Operateur bessere Chancen. Unerfahrene sollten es jedoch jedenfalls erst mit der Intubation versuchen;

4) sie ist auch anzuwenden, wenn die Eltern die Einwilligung zur blutigen Operation verweigern;

5) die Intubation ist unter Umständen als vorläufige Maassregel anzuwenden, wenn die Ausführung der Tracheotomie augenblicklich nicht möglich ist;

Digitized by Google

6) der O'Dwyer'sche Catheter kann auch als Hilfsmittel zur Ausführung des Luftröhrenschnittes eingeführt werden.

A. Sch. (N.-Y.)

Intubation of the Larynx. — Three Cases, with comments. Von William P. Northrup. (The Medical Record, 30. Octbr 1886.)

Bericht über im Ganzen 12 Fälle von Diphtherie, welche, statt tracheotomirt zu werden, mit dem O'Dwyer'schen Larynxcatheter behandelt wurden. 5 Genesungen. —s

---

Larynxhämatom in Folge von Trauma. (Hématome du larynx consécutif à un traumatisme.) Von Dr. Pérotti. (Bolet. delle malat. dell' orech., 2. Mars 1886.)

Während einer Prügelei erhielt ein Mann einen Fusstritt auf den Hals; zwei Stunden später starb er. Bei der Section zeigte sich der Larynx durch einen blaurothen Tumor verschlossen; Cricoidea und Thyroidea waren zerbrochen. Die Tracheotomie hätte den Kranken sicher gerettet. Dr. P. K.

Bruch des Schildknorpels; Laryngotomie, Heilung. (Fracture du thyroide, laryngotomie, guérison.) Von Dr. Mandy. (The Lancet, 9. Janv. 1886.)

Ein 64jähriger Mann fiel aus seinem Bette auf den Hals; den aus seiner Stelle gerückten Adamsapfel brachte er selbst wieder in die Medianlinie, aber eine stetig wachsende Dyspnoe zwang zur Thyrotomie; es bestanden vorher Schmerz beim Druck, Husten und blutiger Auswurf.

Dr. P. K.

Die Photographie des singenden Kehlkopfes. (The Laryngeal Image as Seen in Photographs Taken During the Production of Tones in the Singing Voice, with Lantern Exhibition of Photographs.) Von Thomas R. French in Brooklyn. (Verhandl. der Amer. Lar. Assoc. 1886. — N.-Y. Med. Journ., 6. Nov. 1886.)

Verf. kommt nothgedrungen zu dem Schluss, dass der Mechanismus der Tonerzeugung in verschiedener Höhe kein typischer ist. Die zahllosen individuellen Verschiedenheiten lassen sich unter keinerlei Gesetz subsumiren. A. Sch. (N.-Y.)

Feste Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étrangéres solides des voies aériennes.) Von Dr. de Saint-Germain und Barreau. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Août 1885 und Annales des maladies du larynx No. 6.)

Ein 6jähr. Kind hatte einen Maiskern im „rechten" Bronchus; Erstickungsanfälle nöthigten zu Tracheotomie, welche nach der Methode von de St.-Germain mit einem einzigen Schnitt ausgeführt wurde. Der Maiskern wurde ausgeworfen, nach überstandener Pneumonie heilte das Kind.

Ein 3jähr. Kind hatte eine Bohne im „rechten" Bronchus; nach gemachter Tracheotomie wollte man mit der Zange die Bohne entfernen, zerquetschte selbe aber und das Kind stirbt während der Manipulationen.

Verff. kommen zu folgenden Betrachtungen: Die Natur des Fremd-

Digitized by Google

körpers ist von Wichtigkeit. Organische Körper müssen schnell entfernt werden; schwache Kinder müssen frühzeitig operirt werden; bei heftigen Erstickungsanfällen muss man gleich operiren. Die Trachea muss gross eingeschnitten werden, die Ränder muss man auseinanderhalten, das Blut soll in die Trachea fliessen, um kräftige Hustenstösse hervorzubringen. Kommt der Fremdkörper so nicht zum Vorschein, so muss man mit der Zange darnach suchen, jedenfalls nachdem man vorher auscultirt hat. Eine Canüle braucht nicht eingelegt zu werden. Ist keine Gefahr im Verzug, so kann man vor der Operation noch Brechmittel und die schiefe Lage probiren. Dr. P. K.

In Basel verschied am 22. November v. J. nach langem schmerzhaften Leiden, an den Folgen einer Endocarditis, in seinem 44. Lebensjahre

Herr Prof. Dr. **Albert Burckhardt-Merian.**

Der Verstorbene, welcher auch literarisch thätig war, erfreute sich eines guten wissenschaftlichen Rufes und war als Arzt und College hochgeschätzt.

Ehre seinem Andenken! Friede seiner Asche!

Inhalt.

I. Originalien: Kirchner: Zur Aetiologie des Ohrfurunkels. — Loewe: Ueber ein einfaches Verfahren zur Entfernung der Ohrenpolypen nebst Bemerkungen über die Technik des Ohrenausspritzens. — Schaeffer: Aneurysma der Aorta anonyma. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Kosegarten: Ueber die Einwirkung des Pilocarpins auf die Schleimhaut der Paukenhöhle. — Vorträge der 19. Jahres-Versammlung der amerikanischen otologischen Gesellschaft zu Neu-London. — Pooley: A case of Epithelioma of the Auricle. — Lucae: Physiologisch-diagnostischer Beitrag zur Ohrenheilkunde. — Blake und Rotch: Ueber Reflexerscheinungen, welche auf das Gehörorgan bezogen, und solche, welche von dorther ausgelöst werden. — Pipino: Naevus vascularis der Ohrmuschel. — Florency: Exostose des Processus mastoideus. — Menière: Des bourdonnements d'oreille dans les affections de l'estomac. — Délie: Taubheit und Sprachverlust in Folge eines Schlages auf das Hinterhaupt. — b) Rhinologische: Aschenbrandt: Die Bedeutung der Nase für die Respiration. — Ziem: Ueber das Zusammentreffen von Trachom der Bindehaut mit Catarrhen der Nasenschleimhaut. — Moure: Primäres Fibrosarcom der rechten Nasenhälfte. — Allen: 3 mit ungewöhnlichen Symptomen verlaufende Fälle von adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Graucher: Ein neues Symptom der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Castex: Ueber maligne Tumoren des Nasenrachenraumes. — Péan: Haematom der Nasenscheidewand; seine Entstehungsart. — c) Pharyngo-laryngologische: Kurz: Cocain in acuter Pharyngitis. — Cohen: Halsherpes. — Masini: Ueber den negativen Werth der Milchsäure bei Behandlung der Larynxtuberculose. — Lermoyez: Experimentelle Studien über die Phonation. — Heath: Einklemmung eines Fremdkörpers in die Speiseröhre. — Gordon: Myxoedem auf eine Entfernung der Schilddrüse folgend. — Jennings: Intubation des Larynx. — Northrup: Intubation of the Larynx. — Pérotti: Larynxhämatom in Folge von Trauma. — Mandy: Bruch des Schildknorpels; Laryngotomie, Heilung. — French: Photographie des singenden Kehlkopfes. — de Saint-Germain und Barreau: Feste Fremdkörper in den Luftwegen.

Die **otologischen** Beiträge und Referate beliebe man fortan an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, die **pharyngo-laryngologischen** dagegen an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Kelier** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, Februar 1887.** **No. 2.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Otitis media. Polyp im Mittelohr. Meningitis. Alter Abscess im Gehirn. Cholesteatom-Massen im Antrum mastoideum. Tod. Section. Zur Diagnostik und Behandlung der Gehirnabscesse.

Von

Prof. Dr. **Voltolini.**

Die Kranke, ein Dienstmädchen von 18 Jahren, diente in Neumark- und consultirte mich wegen eines schmerzhaften Ohrenleidens am 11. Not vember cr. Da sich schon in einigen Tagen bedenkliche Gehirnsymptome einstellten, so liess ich die Patientin in die medicin. Klinik von Geh.-Rath Prof. Dr. Biermer bringen, und gebe ich nunmehr Anamnese, Verlauf der Krankheit und Sectionsbericht aus dem Journale der Klinik.

Anamnese, von der Mutter der Patientin aufgenommen:

Die Eltern der Patientin sind gesund. Geschwister hat dieselbe nicht. Patientin war bisher noch nie krank, war zuletzt in Neumarkt bei Gerber Fickert in Stellung. Die Mutter hat niemals Schwerhörigkeit bei Pat. beobachtet.

Seit 1/2 Jahr klagte Pat. öfter über Stechen und Reissen im linken Ohre, sowie über Schmerzen in der ganzen Kopfhälfte. Seit

Digitized by Google

1/4 Jahr stellte sich ein Ausfluss aus dem linken Ohre ein. Pat. consultirte deshalb einen Arzt in Neumarkt, der ihr etwas zum Eingiessen in's Ohr verordnete. Seit ca. 14 Tagen haben die Beschwerden sehr zugenommen, so dass Pat., die bis dahin noch ihren Dienst versah, vor 10 Tagen zu ihrer Mutter fahren musste. Zu Hause zeigte sie gar keinen Appetit, klagte über unerträgliche Schmerzen im linken Ohr, sowie im ganzen Hinterkopf und in der Stirn, schlief in der Nacht wegen der heftigen Schmerzen wenig, warf sich nur immer im Bett herum. Delirium und Fieber waren nicht vorhanden. Da die Beschwerden immer heftiger wurden, kam Pat. am 10. huj. nach Breslau, um einen Ohrenarzt zu consultiren. Sie wandte sich an Dr. Voltolini. Dieser machte am 11. huj. eine Operation, die Pat. als sehr schmerzhaft schilderte. Die Schmerzen im Kopf liessen darnach nach, Pat. fühlte sich wohler, schlief in der Nacht darauf sehr gut, auch am folgenden Morgen war sie ganz munter. Nachmittags (12. November) wurden die Kopfschmerzen wieder stärker. In der Nacht gegen 2 Uhr trat heftiges Erbrechen ein, Pat. war sehr unruhig, zeigte zum ersten Mal starkes Benommensein des Sensorium, phantasirte viel und zeigte grosse Hitze; einen Schüttelfrost hat sie nicht gehabt. Das Erbrechen wiederholte sich bis zum folgenden (13. November) Morgen gegen 5 Mal. Pat. liess auch in der Nacht ein Mal Stuhl unter sich von fester Consistenz. Am Morgen fragte die Frau, bei der Pat. hier in Breslau wohnte, dieselbe, ob sie zum Arzt mitgehen wolle. Sie erklärte sich auch bereit; als sie aber aus dem Bett stieg, fing sie sehr stark zu taumeln an, so dass sie sich wieder hinlegen musste. Der noch im Laufe des Vormittags consultirte Arzt, Dr. Voltolini, erklärte die Erkrankung für eine sehr schwere und rieth zur Aufnahme in's Hospital.

Es wird nunmehr erzählt, was ich bei der Pat. gefunden. Als sie zu mir kam, sprach sie ganz vernünftig, hörte ganz gut, weil sie eben auf dem rechten Ohre hörte, klagte nur über fürchterliche Schmerzen. Die Untersuchung des linken Ohres ergab im Grunde des Gehörganges einen Polypen, der den Raum hier ausfüllte, er sah roth und weich aus. Die erste Bedingung der Cur schien mir nun zu sein, den Polypen zu entfernen, der offenbar aus der Paukenhöhle kam, um dem jedenfalls dort zurückgehaltenen Eiter (der Gehörgang war fast rein) einen Ausweg nach aussen zu verschaffen. Ich nahm mit der kalten (galvanocaustischen) Schlinge*) den Polypen fort unter grossen Schmerzen der Pat. und touchirte darnach mit einer Höllensteinlösung. Weder auf dem Processus mastoideus, noch sonst um das Ohr war irgend eine Geschwulst zu erkennen. Nach der Operation war der Verlauf der Krankheit wie oben angegeben und die Pat. wurde in die Klinik am 13. November aufgenommen.

Status praesens in der Klinik:

Pat. ist ein ziemlich gut genährtes und kräftig gebautes Mädchen, die sich im Bett fortwährend hin- und herwirft und fast beständig stöhnt und schreit. Das Sensorium ist stark benommen, auf Fragen giebt Pat. nur wenige und meist falsche Antworten, dagegen zeigt sie auf

*) Ich gebrauche nie die Wilde'sche Schlinge, sondern statt derselben stets die galvanocaustische, kalt oder warm, je nach der Festigkeit des Polypen.

Digitized by Google

Verlangen etwas die Zunge, folgt mit den Augen vorgehaltenen Gegenständen, schliesst die Augen etc.; klagt über Kopfschmerzen. Die Temperatur betrug bei der Aufnahme 40,0, zuletzt 39,9. Der Puls ist klein, unregelmässig, nur wenig beschleunigt, 84 Schläge. Die Athmung fast ausschliesslich costal, ruhig, gleichmässig, 28 pro Min. Der Kopf ist ziemlich stark nach hinten übergezogen, kann activ und passiv nach vorn nicht gebeugt werden, dagegen ist die Beweglichkeit nach den Seiten frei. Die Wangen sind lebhaft geröthet; Pupillen beiderseits gleich, eng, reagiren auf Lichteinfall. Die Bewegungen der Augen sind normal, die Conjunctiven sind von normaler Beschaffenheit; die Lippen sind trocken, etwas rissig; das Zahnfleisch von normaler Beschaffenheit; die Zunge mässig stark weisslich belegt. In dem linken Ohre fanden sich bei der Aufnahme eine Anzahl schmutziger Wattepfröpfe, die zum Theil fest verklebt waren und zum Theil erst aufgeweicht werden mussten, ehe ihre Entfernung gelang. Nach ihrer Entfernung zeigten sich die Wände des Gehörgangs mit geronnenem Blut bedeckt (Folgen der Operation, V.), das Trommelfell ist stark injicirt, grau-weisslich verfärbt und lässt im vorderen oberen und unteren Quadranten Eiteransammlung erkennen. Auch scheint sich daselbst eine Perforationsöffnung zu befinden, doch ist dies bei der Unruhe der Pat. nicht recht festzustellen. Die Supraclaviculargruben von normaler Beschaffenheit. Die Nackenmusculatur ist stark contrahirt, sehr derb anzufühlen. Der Thorax ist symmetrisch gebaut, Fettpolster ziemlich gut entwickelt.

Der Herzstoss im 4. Intercostalraum deutlich sichtbar und fühlbar. Die Percussion ergiebt beiderseits normalen Schall. Die Herzdämpfung geht vom oberen Rande der 4. bis zum unteren Rande der 5. Rippe nach rechts bis zur Parasternallinie, nach links bis zur Mamillarlinie. Die Leberdämpfung beginnt in der Mamillarlinie am unteren Rande der 5. Rippe, in der Axillarlinie im 6. Intercostalraum, geht nach unten bis zum Rippenbogen und etwas über Proc. ensif. hinaus.

Die Milzdämpfung geht vom 8. Intercostalraum bis zum unteren Rand der 10. Rippe, nach vorn erreicht sie die vordere Axillarlinie nicht ganz.

Die Auscultation der Lungen ergiebt, so weit dies bei dem schlechten Athmen der Pat. zu hören ist, überall Vesiculärathmen. Die Herztöne mässig laut, rein. An der Herzspitze ist der rechte Ton bisweilen nicht ganz rein. Das Abdomen ist mässig aufgetrieben, auf Druck nicht empfindlich. Leber und Milz nicht fühlbar. Hinten ergiebt die Percussion beiderseits normalen Schall, die Auscultation Vesiculäathmen.

Der Eingang des Gehörganges zeigte eine bräunliche Verfärbung der Haut, die vom Touchiren mit Arg. nitric. offenbar herrührt. Die Gegend des linken Proc. mast. ist etwas geröthet, auf Druck etwas schmerzhaft, nicht ödematös.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergiebt auf dem rechten Auge eine mässige, auf dem linken eine ziemlich starke Stauungspapille.

Die Beweglichkeit der oberen, wie unteren Extremitäten ist nicht gehindert.

Patellarreflex etwas gesteigert, Achillessehnenreflex und Fussclonus

Digitized by Google

fehlen. Die Halswirbelsäule ist auf Druck etwas schmerzhaft. Stuhlgang nicht vorhanden. Urin röthlich-gelb, reagirt sauer, spec. Gewicht 1016, frei von Eiweiss und Zucker.

Therapie: Calomel (0,25, Sacchar. 0,3), Eisblase auf Kopf, Ung. cinereum auf den Nacken, Behandlung des Ohres.

14. November: Pat. hat die Nacht gar nicht geschlafen, sehr viel geschrieen und gestöhnt. Es wurden gestern Abend 3,0 Ung. ciner. im Nacken und ganzen Rücken verrieben. Ausserdem erhielt Pat. drei Dosen Calomel à 0,25, auf die aber kein Stuhlgang erfolgte. Die Temperatur sank nach dem Calomel bis zur Norm, der Puls 88 Schläge, mittelvoll, nicht ganz regelmässig, es erfolgte zweimal Erbrechen von grasgrüner Flüssigkeit. Die Nackensteifigkeit hat noch zugenommen, das Sensorium ist ziemlich frei. Pat. antwortet auf verschiedene Fragen, giebt aber auch sehr viel falsche Antworten, ebenso wie sie häufig unsinniges Zeug vor sich hin spricht. Die Augenbewegungen sind, soweit sich dies feststellen lässt, normal.

(Des Abends besuchte ich die Pat. im Hospital; sie erkannte mich ganz wohl, gab auch richtige Antwort auf meine Fragen, aber bald sprach sie wieder verkehrte Dinge. V.)

15. November: Die Nackensteifigkeit hat noch bedeutend zugenommen, der Kopf bildet mit der Wirbelsäule fast einen rechten Winkel. In der Nacht ist Pat. mehrfach über die vorgestellten Bretter geklettert, auch einige Schritte herumgelaufen. Das Sensorium ist nicht mehr so frei, sie schreit und stöhnt fortwährend. Auf Verlangen zeigt sie die Zunge, indem sie den Mund öffnet, die Zunge selbst nicht hervorstreckt; dieselbe ist stark belegt. Die Pupillen weit und starr; die Augen werden hin und her bewegt, doch lässt sich nicht mehr feststellen, ob alle Muskeln normal functioniren. Abdomen etwas aufgetrieben, weich; Convulsionen der Extremitäten nicht vorhanden, Facialis frei. Es besteht ziemlich allgemein Hyperästhesie. Der eitrige Ausfluss aus dem linken Ohr hat nachgelassen.

Gestern früh wurden 3,0 Ungt. ciner. an verschiedenen Körpertheilen verrieben, ebenso heute Morgen. Auf abermalige drei Calomeldosen à 0,25 erfolgte gestern fester Stuhlgang. Ebenso wurde Urin entleert (roth, trübe, spec. Gewicht 1031, sauer, eiweiss- und zuckerfrei), und zwar rief Pat. die Wärterin. Temperatur nur mässig erhöht, Puls heute Morgen 88, ziemlich kräftig und regelmässig.

16. November: Pat. war gestern Abend sehr unruhig, jammerte und stöhnte fortwährend. Sie erhielt deshalb 0,012 Morphium subcutan. Da der Puls sehr klein und stark beschleunigt war, erhielt Pat. Tinct. Digitalis 20 Tropfen dreimal, zuletzt um 1 Uhr; dabei hat Pat. schon sehr schlecht geschluckt. Der Puls wurde aber immer kleiner und beschleunigter, zuletzt 180 Schläge; die Temperatur stieg bis 39,8. Pat. liess noch einmal Urin in reichlicher Menge unter sich. Von 3 Uhr ab wurde Pat. ruhiger, lag mit offenem Munde da, brummte vor sich hin; um $6^1/_2$ Uhr Exitus letalis.

Bei der klinischen Vorstellung am 15. November constatirte Geh.-Rath Biermer Folgendes: „Auffallende Lage, der Kopf zurückgebogen. Pat. zeigt auf Verlangen die Zunge; Convulsionen nicht beobachtet, colossale Nackensteifigkeit; Puls sehr frequent, Arterie schwach gespannt,

Digitized by Google

über 150 Pulse; der Puls, der bei der Aufnahme verlangsamt war, ist sehr schnell in die Höhe gegangen. Der Leib nicht eingezogen. Die Jugularvenen beiderseits gleich gefüllt. Dies wird nachgesehen, weil bei Sinusthrombose die betreffende Jugularis nicht so viel Blut erhält. Diagnose: Ein fortgeleiteter Process vom Ohre; wegen der colossalen Nackensteifigkeit muss man Basilarmeningitis purulenta annehmen; nicht selten folgt einer Otitis media ein Hirnabscess, für diesen haben wir keinen Anhalt, da Herdsymptome fehlen. Prognosis pessima."

Die Section, der ich beiwohnte, wurde von Herrn Prof. Dr. Ponfick vorgenommen und ergab Folgendes: Der Schädel von normaler Configuration, Schwere und Dicke eher geringer, als normal. Die Dura mater ist beiderseits straff gespannt; die Gefässe auf der Höhe beider Hemisphären und längs des Sinus longit. stärker gefüllt als normal; auf der Scheitelhöhe sieht man links wie rechts eine schmutzig grau-grüne Verfärbung der harten Hirnhaut, jedoch so schwach, dass sie allem Anschein nach nur aus der Tiefe herauf durchschimmert. Beim Ablösen der stark gespannten Dura tritt das Gehirn deutlich, aus starker Spannung befreit, hervor; die Fläche der weichen Hirnhaut ist rechts noch schwach angefeuchtet, links auffallend trocken und matt. Die Gyri beiderseits annähernd gleichmässig abgeflacht. Die Sulci schmal, das Gewebe der Pia mater zart, beiderseits frei von seröser Ansammlung. Beim Abheben des linken Seitenlappens von der Dura mater auf dem Dache der Paukenhöhle reisst ein Stück Gehirn ab, welches an der Dura adhärirt und es ergiesst sich hier aus einem fast hühnereigrossen Abscess in diesem Seitenlappen eine grosse Menge übelriechenden Eiters; der Abscess ist abgekapselt; ebenso findet sich in den Ventriceln Eiter und an der ganzen Basis des Gehirns mit exquisiter Basilarmeningitis. Dort, wo das abgerissene, schmutzig aussehende Stück Gehirn an der Dura adhärirt, ist diese letztere ebenfalls schmutzig grün gefärbt, ebenso wie der darunter liegende Knochen, d. i. das Tegmen tympani, welches von zahlreichen Löchern durchbohrt ist (die aber nicht als Caries anzusehen sind, sondern jene anomalen Oeffnungen repräsentiren, welche Hyrtl unter dem Namen „spontane Dehiscenz des Tegmen tympani" beschrieben hat; V.).

Es wurde das Schläfenbein herausgelöst und mir zur feineren Untersuchung übergeben, welche Folgendes ergab:

Aeusserer Gehörgang rein, mässig entzündet an seinem oberen und hinteren Rand. Trommelfell fast ganz erhalten, nur oben über Proc. brevis mallei in der Membrana flaccida ein Loch, durch das man eine Knopfsonde schieben kann; durch dieses Loch war der weiche, dunkelrothe Polyp aus der Paukenhöhle in den Gehörgang getreten, den ich im Leben des Mädchens mit der kalten Schlinge entfernt hatte. Das Trommelfell ist weiss, opaque, verdickt, starr und gleichsam fest wie das Fell einer Trommel. Es wird das grün-schwarz gefärbte Tegmen tympani geöffnet, nachdem die an dieser Stelle grün gefärbte Dura abgelöst ist. Der Entzündungsprocess ist also ganz deutlich von hier auf die Schädelhöhle resp. Gehirn übergegangen, und zwar durch die oben angegebenen (Dehiscenz des Tegmen tympani) Löcher in dem Dache der Paukenhöhle. Dieses knöcherne Dach ist etwas morsch, lässt sich leicht wegbrechen und findet sich hier sofort unter demselben in dem Antrum mastoideum (dieses ausfüllend) und den Ausläufern der mastoidischen

Digitized by Google

Zellen, die vorn gegen die Spitze des Felsenbeins auslaufen und ebenfalls schwarz-grün gefärbt sind, eine weisse Masse, die, von Prof. Dr. Ponfick untersucht, sich als Cholesteatom erweist, nach ihm sich immer findet, wo eine jauchige Zersetzung stattfindet, aber nicht umgekehrt, wo Cholesteatom-Massen sich finden, findet sich auch jauchige Zersetzung*). Diejenigen Zellen aber, welche in dem eigentlichen Processus mastoideus enthalten sind, waren intact, es würde also eine Trepanation des Proc. mast. hier irre geleitet und auch nichts geholfen haben. Nachdem die Sehne des Tensor tympani durchtrennt worden und die Paukenhöhle im Längendurchmesser in zwei Theile getrennt worden ist mit völliger Erhaltung der Gehör-Knöchelchen in situ und der Schnitt durch die Mastoid.-Zelle geführt ist, zeigt sich nun in der Paukenhöhle Folgendes: Der Kopf des Hammers ist cariös angefressen, ebenso ist der Proc. longus des Ambos in seinem Dickendurchmesser halb zerfressen; dort, wo in der Membrana flaccida das Loch im Trommelfell sich befindet, durch welches der Polyp in den Gehörgang getreten war, findet sich noch ein Rest dieses veritabeln weichen, rothen Polypen, etwa von der Grösse einer Linse; dieser hat seinen Ursprung am Hals des Hammers und der Stelle des Trommelfells, wo jener mit Proc. brevis am Trommelfell anliegt. Man sieht aus diesem Verhalten, dass ein Polyp, welcher an dieser Stelle aus der Paukenhöhle heraustritt (und zwar ist dies eine Lieblingsstelle für Polypen der Paukenhöhle), nur mit einem Theile in den Gehörgang gelangt und radicale Cur nur möglich ist, wenn man das Trommelfell hier weiter öffnet und die Wurzel des Polypen in der Paukenhöhle zerstört. Ich führe diese Operation mit den feinsten Galvanocautern aus, und zwar nur bei Sonnenbeleuchtung unter der Lupe, d. h. meinen modificirten Brunton'schen Ohrenspiegel, wie ich ihn in meiner „Rhinoscopie“ (2. Aufl., Breslau 1879 bei Morgenstern; Fig. 14, S. 81) abgebildet habe, und halte ich es kaum für möglich, diese feine Operation auf eine andere Weise gründlich zu vollführen, weil man auf andere Weise nicht genügend Licht hat. Natürlich muss man für so feine Operationen auch die feinsten Brenner besitzen und nicht solche wie ein Finger dick, auch muss man eine gute Batterie besitzen, damit der Cauter blitzschnell erglüht und eben so schnell erkaltet, so dass man also in Pausen wirksam operiren kann. Noch niemals habe ich nöthig gehabt, diese Operation in der Chloroform-Narcose auszuführen.

Das Trommelfell zeigt sich von innen gefässreich, verdickt, ganz opaque, aber beweglich. Die Labyrinthwand und der Boden der Paukenhöhle sind dick, mit sulzigen, zum Theil festen Bindegewebsmassen vollgewuchert, so dass weder rundes noch ovales Fenster zu sehen ist, sondern beide nebst Steigbügel ganz vergraben sind in solchen Wucherungen. Die Schnecke, auf das Schnellste auf die von mir angegebene Methode eröffnet („die Zerlegung und Untersuchung des Gehörorganes“), zeigt nichts Abnormes, namentlich keinen entzündlichen Process; ebenso der Vorhof, aber in diesem ist die Basis des Steigbügels fest ankylosirt und dieser Knochen verdickt, so dass er etwas buckelförmig in den

*) Uebrigens zeigte diese Cholesteatommasse keine Spur eines Gewächses, sondern war nur durch Accumulation gewachsen.

Digitized by Google

Vorhof hineinragt. Beide Nerven, Acusticus und Facialis, zeigen sonst nichts Abnormes, nur waren sie von dem Eiter, welcher sich an der Basis cerebri befand, umspült. — Diesen Befund im Ohre demonstrirte ich Geh.-R. Biermer und Prof. Ponfick.

Die Organe der Brust und des Bauches waren völlig gesund. Was nun den lange bestandenen Abscess betrifft, welcher fast gar keine auffallenden Symptome hervorgerufen hatte, so ist dies keine seltene Beobachtung und schon von den alten Aerzten constatirt worden. Van Swieten (Erläuterungen der Boerhaave'schen Lehrsätze, Wien 1755, Band I, Seite 877) schon erzählt folgenden Fall: „Ein Soldat wurde wegen erlittener schwerer Quetschung des Hauptes ohne Wunde in das Krankenhaus aufgenommen. Nach neun Wochen, als er weiter keinen Schmerz noch sonst was Böses empfand und sich schon zur Rückreise in sein Vaterland gefasst machte, stirbt er plötzlich Nachts im Bette. Am todten Körper wurde ganz und gar keine Verletzung an der Hirnschale entdeckt, allein die Substanz des Gehirns, so unter dem gequetschten Orte gelegen, war in Dicke eines Fingers, wie ein verfaulter Apfel, verdorben, mit einer erstaunlichen und fast bis in die vorderen Höhlen des Gehirns eingedrungenen Fäulniss; über dieses war die dünne Hirnhaut etwas angegriffen, das übrige aber alles unverletzt."

Abercrombie (die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks. Bremen 1829, S. 149) sagt: „In einigen wenigen Fällen fand man Abscesse im Gehirne, ohne dass irgend ein Symptom dieselben angezeigt gehabt hätte." Dasselbe wird von allen Neueren bestätigt, welche über Gehirnabscesse geschrieben haben, so von Lebert, v. Bruns, König etc. Bei Schwartze (Lehrbuch der chirurg. Krankheiten des Ohres, Seite XXXVII) findet man die Literatur über diesen Gegenstand ausführlich. Dennoch wäre es von grosser Wichtigkeit, den Abscess zu diagnosticiren und den Ort, wo derselbe seinen Sitz hat, denn der Chirurg dürfte dann nicht davor zurückschrecken, den Abscess künstlich zu öffnen und ihm einen Ausweg nach aussen zu verschaffen. Wenn die Gehirnmasse so tolerant ist, dass sie auf solche pathologische Eingriffe Monate lang nicht reagirt, so kann man es ja auch dreist wagen, einen künstlichen Eingriff in dasselbe zu vollführen. Aber freilich, die Diagnose ist schwer und kommt es eben darauf an, in Zukunft diese sicher zu stellen, was doch eben von äusserster Wichtigkeit wäre. Vielleicht wird man mehr auf die psychischen Eigenthümlichkeiten des Patienten achten müssen, als auf die rein physischen Symptome.

Der Dienstherr unserer Patientin, an welchen ich geschrieben hatte, theilte mir Folgendes mit: „Die Hoffmann war ein gutmüthiges und williges Mädchen. Allerdings war sie etwas schwerhörig, doch haben wir, da sie selbst über Schmerzen uns gegenüber nicht klagte, dieser Sache weniger Beachtung geschenkt. Anfang dieses Monats fing dieselbe an, über Schmerzen zu klagen und ist in Folge dessen bald zu ihren Eltern übergesiedelt. Jetzt, nachdem die Sache einen so traurigen Ausgang genommen, ist uns ja Manches in ihrem Benehmen erklärlich. Das Mädchen war in der That sehr vergesslich, auch recht unvorsichtig bei Verrichtung der häuslichen Arbeiten." Es ist interessant und beachtenswerth, dass König (Lehrbuch der speciellen Chirurgie, Band I, S. 114) ähnliche Beobachtung gemacht hat. Er sagt: „Die Entwickelung des

Digitized by Google

klinischeu Bildes geht fast immer verhältnissmässig langsam vor sich. Zunächst tritt vielleicht nur eine gewisse geistige Verstimmung mit grosser Sinnesempfindlichkeit ein und dazu gesellt sich fast immer sehr früh ein mehr oder minder heftiger Kopfschmerz. Die Kranken laboriren dabei oft an einer erheblichen Schwäche des Gedächtnisses, in einzelnen Fällen verlieren sie früh schon die Schärfe des Urtheils, sie werden stumpf, gehen wie betäubt herum und ihre Sinne haben nun an Empfindlichkeit sehr abgenommen." Würde man also den Abscess und seinen Sitz diagnosticiren können, so wäre es durchaus geboten, operativ vorzugehen, da es erfahrungsmässig feststeht, dass wiederholt Hirnabscesse sich einen Ausweg nach aussen durch das Ohr oder Nase gebahnt haben und Heilung eingetreten ist. Bei der vorzunehmenden Operation wird man aber die anatomischen Verhältnisse auf's Genaueste berücksichtigen müssen. Nehmen wir z. B. unseren Fall, wenn man bei demselben den Abscess im linken Seitenlappen des Gehirnes diagnosticirt hätte. Die mastoid. Zellen, soweit sie sich direct im Proc. mast. befinden, waren intact, der Krankheitsprocess begann im Antrum mastoideum, als dessen Pförtner gleichsam der kurze Fortsatz des Ambos anzusehen ist, der hier befestigt ist; von dem Antrum aus ging der Krankheitsprocess nach dem Gehirn. Man hätte also, wollte man von den mastoid. Zellen aus nach dem Antrum resp. nach dem Gehirn von unten vordringen, von den Zellen weit nach vorn dringen müssen, dabei würde man aber fast unvermeidlich in den Sinus transversus gelangen, der sich tief einbuchtet zwischen mastoid. Zellen und Antrum mastoid. Man könnte auch vom äusseren Gehörgange aus in das Antrum mastoid. und so in das Dach der Paukenhöhle nach hinten gelangen, dann müsste aber der Ambos und wohl auch der Hammer entfernt werden — Manipulationen, die in der Chloroformnarcose des Patienten kaum auszuführen sind. Das Einfachste würde demnach sein, die Trepanation der Schuppe des Schläfenbeines über dem äusseren Ohre, Blosslegung des Gehirnlappens und dann Durchstechung desselben. Dieses letztere stelle ich mir als die mildeste und beste Form der Operation vor. Auch würde man hier einen Sinus vermeiden können.

Es fragt sich schliesslich noch, wie ist die Krankheit entstanden und auf welche Weise hat sie den bedenklichen Ausgang eines Gehirnabscesses erhalten?

Ich stelle mir die Sache folgendermassen vor:

Es bildete sich zunächst eine Mittelohr-Entzündung aus unbekannter Ursache (Cachexie lag nicht vor), welche die chronische Form annahm, in Folge derselben wurde das Trommelfell verdickt und es bildete sich ein Polyp, welcher die Membrana flaccida durchbohrte, das Loch aber völlig ausfüllte. Hierdurch und durch die Verdickung des Trommelfelles war der Abfluss eines Secretes resp. Eiters verhindert; da durch die Tuba, die normal war, Luftzutritt möglich war, so konnte von hier aus eine Infection stattfinden. Die Entzündung greift bei der Dehiscenz der Paukenhöhlen-Decke nun leicht auf die Meningen über. Wäre im Anfange des Leidens das Trommelfell ergiebig gespalten worden, so wäre wahrscheinlich der lethale Ausgang nicht eingetreten. Es ist interessant, dass Herr Prof. Dr. Ponfick kurz vor diesem Falle einen anderen mit Gehirnabscess (ohne in Continuität mit dem Ohre zu stehen, wie das ja

Digitized by Google

auch öfter beobachtet worden ist) untersuchte, wo ebenfalls das Trommelfell unverletzt war, die Entzündung aber vom Mittelohr ausgegangen war. Man wird also, nach meiner Meinung, wenn der Fall irgend bedenklich ist, sofort die Perforation des Trommelfelles vornehmen müssen, da sie ohnehin eine ganz einfache und unbedeutende Operation ist. Die Besorgniss, dass nach dieser Operation eine lange dauernde Otorrhoe stattfinden könnte, ist nicht gerechtfertigt, einmal der angedeuteten Gefahr gegenüber, und dann auch, weil das Trommelfell meistens doch von selbst perforirt; auch habe ich gewöhnlich keine Otorrhoe nach der Perforation eintreten sehen, selbst bei bedeutendem Exsudat; im Gegentheil, der entzündliche Process wird sofort gemildert durch Aufhebung des Druckes nach der Perforation.

Zur Diagnostik der Gehirnabscesse möchte ich noch Folgendes bemerken: Ich weiss nicht, ob man zur Diagnostik derselben schon die electrische Reizung versucht hat, und scheinen mir derartige Experimente des Versuches werth. Da Gehirnabscesse im Ganzen selten vorkommen, so wird der einzelne Beobachter wenig Gelegenheit haben, in diesem Punkt hinreichende Erfahrung zu sammeln, hier kann nur viribus unitis etwas erzielt werden. Nun meine ich, man sollte in Fällen, wo Verdacht von Gehirnabscess da ist, die electrische Reaction vorsichtig versuchen, indem man entweder den constanten oder inducirten Strom durch den Kopf hindurchleitete. Setzen wir beim gesunden Menschen beide Electroden auf die beiden Schläfe und lassen den Strom wirken, so reagirt der Körper prompt, indem man beim Oeffnen und Schliessen des Stromes Blitze durch die Augen fahren sieht. Setzt man die Electroden auf die beiden Proc. mastoid., so entsteht Schwindel, der so stark sein kann, dass der Electrisirte vom Stuhle fällt. Es wäre somit die Frage, wie reagiren hierauf Patienten, welche einen Gehirnabscess haben? Das müsste durch Experimente erprobt werden, und da solche Abscesse meistens mit Ohrleiden in Verbindung stehen, so möchten meine Special-Collegen wohl am ehesten und öftesten in die Lage kommen, derartige Experimente anzustellen.

Sägeschnitt zur Eröffnung des ganzen Canalis facialis.

Von

Dr. **Kiesselbach** (Erlangen).

Da die mir bisher zu Gesicht gekommenen Durchschnitte des Schläfenbeins, welche den Verlauf des Canalis facialis zeigen sollen, dies in ungenügender Weise thun, so führe ich nunmehr den Schnitt in folgender Weise aus:

Der Schnitt beginnt in einer Linie, welche die Mitte der Oeffnung des Aquaeductus cochleae mit dem hintern Rande des Foramen stylomastoideum verbindet, und nach aussen, in Verlängerung dieser Linie, den Processus mastoideus trifft. Der Schnitt wird aussen nach dem hintern Ende der Spina supra meatum, innen nach dem hinteren Rande des Meat. audit. int. geführt. Sobald die Säge in den Meat. int. eingedrungen ist, führt man sie im Bogen zur obern Umrandung des Beginnes

Digitized by Google

des Canalis facialis, aussen dicht um die Spina supra meatum; dann wieder gerade aus zum obern Rande des Genu can. fac., und von da in beliebiger Richtung durch die Schuppe.

Die Schnittfläche des vorderen Theils zeigt uns ausser dem ganzen Can. fac. und den Mündungen der Nebencanäle die Uebergangsstelle zum Antrum, den untern Theil des Vestibulum mit Foramen ovale und dem Anfange der Schnecke, sowie die Einmündungsstellen des Hörnerven; der hintere Theil die Lage des Antrum mastoideum und den obern Theil des Vestibulum mit den halbcirkelförmigen Canälen.

Ueber forcirte Wasser-Injectionen in's Ohr.

Von

Dr. **L. Katz** (Berlin).

In der Monatsschrift für Ohrenheilkunde (Januar 1887) hat Herr L. Löwe ein „einfaches Verfahren zur Entfernung von Ohrpolypen" beschrieben, welches mich zu den folgenden Bemerkungen veranlasst. Das neue Verfahren, welches allein auf forcirten, grossen Wasser-Injectionen beruht, hat dem Autor bei fast sämmtlichen in den letzten drei Jahren in seine Behandlung gekommenen Ohr-Polypen einen derartig glücklichen Erfolg gewährt, dass er die gebräuchlichen instrumentellen und caustischen Methoden als vollkommen überflüssig hinstellt. Ueber die Art des Verfahrens meint der Autor: „Steckt das Ansatzrohr tief genug im Gehörgang, so drückt der die Spritze bedienende Assistent den Stempel derselben anfänglich langsam, sehr bald aber mit aller Kraft, deren er fähig ist, nieder." Da ich selbst in früheren Jahren mit forcirten, wenn auch nicht so kräftigen Injectionen, die ich zum Zweck gründlicher Reinigung vermittelst des Meyer'schen Klysopomps mit entsprechend dünnem Ansatzrohr und Gummischlauch vornahm, einige, allerdings nur wenige, recht unglückliche Erlebnisse hatte, so würde ich schon a priori der neuen Methode die entschiedensten Bedenken entgegensetzen müssen. Ich werde später auf diese unglücklichen Fälle, die mit Bestimmtheit auf zu starke Injectionen zurückzuführen sind, noch näher eingehen. Von all den kleineren Unannehmlichkeiten bei Injectionen (Schwindel, Ohnmacht etc.), die in fast jedem Lehrbuch angegeben sind, will ich hier ganz schweigen. Aber nicht allein practische, sondern auch theoretische Bedenken und die experimentellen Versuche von Munk und Baginsky über die Folgen der Drucksteigerung in der Paukenhöhle verbieten meines Erachtens die vorgeschlagene Methode. Bei den experimentellen Versuchen, wobei allerdings die Injectionsspritze luftdicht in den äusseren Gehörgang eingesetzt war, hat sich herausgestellt, dass bei erheblichem Druck die Membran des runden Fensters einriss und dass die Injectionsflüssigkeit durch den Aquaeductus cochleae in die Schädelhöhle eingedrungen war. Ich bin der Ueberzeugung, dass auch bei den Löwe'schen Manipulationen, besonders unter ungünstigen Verhältnissen, z. B. bei cariösen Anätzungen oder angeborenen Dehiscenzen am Boden der Paukenhöhle oder der Decke derselben, ein Eindringen in das Labyrinth oder die Schädelhöhle keineswegs zu den Un-

Digitized by Google

möglichkeiten gehört. Ein ungünstiger Zufall wäre es ferner, wenn die Tuba stenosirt oder verschlossen wäre. Wie leicht müsste da beispielsweise eine Luxation des Steigbügels bei diesen kräftigen Injectionen stattfinden! Der vom Autor als Sicherheitsrohr zwischen Spritze und Ansatzrohr eingeschaltete Gummischlauch, der übrigens auch bei der Meyer'schen Douche angebracht wird, kann meines Erachtens den Druck nicht derartig vermindern, dass eine Gefahr ausgeschlossen ist. Das neue Verfahren soll folgende Vortheile bieten gegen die instrumentelle Entfernung. Erstens ist es „vollkommen schmerzlos". Was diesen vergleichsweise unerheblichen Punkt betrifft, so scheint es mir sicher, dass selbst nur ziemlich kräftige Injectionen, besonders in ein chronisch entzündetes Ohr resp. in die entzündete Paukenhöhle (was bei Polypen wohl immer der Fall sein dürfte) nicht ganz schmerzlos sind; aber immerhin ist zuzugeben, dass die Extraction vermittelst der Schlinge in den meisten Fällen mehr Schmerzen verursachen wird. Ohne Belang scheint mir ferner der angegebene Vorzug des Ausschlusses der septischen Infection zu sein, da wir ja gewöhnlich nach der bisher geübten Entfernung antiseptische Injectionen machen. Die forcirten Einspritzungen sollen ferner nur sehr wenig Zeit in Anspruch nehmen, da „unter zehn Fällen neunmal bei der ersten oder zweiten Ausspritzung die Entfernung des Polypen ohne Hinterlassung von Resten" gelang. Dies letztere ist gewiss ein sehr erheblicher Vorzug und ein wahrer therapeutischer Erfolg! Ich zweifle nicht daran, dass es dem Autor gelungen ist, eine Anzahl von feingestielten Polypen auf diese Weise zu entfernen, aber ich scheue mich keinen Augenblick, den Autor dazu zu beglückwünschen, wenn ihm bei diesem Verfahren keine fatalen Zufälle vorgekommen sind. Die Stempelspritze von 0,4 Liter Inhalt, welche der Autor benutzt, wird sicherlich einen noch stärkeren Strahl geben, als die Meyer'sche Douche und doch habe ich, wie ich oben bereits erwähnte, die folgenden Thatsachen dabei erlebt. Ein 16jähriger junger Mann, den ich einige Wochen an einer chronischen Otorrhoe mit polypösen Wucherungen der Paukenschleimhaut behandelte und welcher viele Monate vorher mit einer kleinen Gummispritze sich ohne Schaden sein Ohr gereinigt hatte, allerdings mangelhaft, klagte nach der ersten mit der Meyer'schen Douche ausgeführten Injection, die ich allerdings nicht eigenhändig vornahm, über heftige Kopfschmerzen; schon den nächsten Tag zeigte sich Fieber, welches vorher nicht bestand, Erbrechen und Somnolenz. Nach 4 Tagen trat unter meningitischen Erscheinungen der Tod ein. Für mich ist es unzweifelhaft, dass in diesem Falle eine der Paukenhöhlenwände cariös angefressen war, was man ja für gewöhnlich mit Bestimmtheit nicht voraussehen kann, und dass durch die Injection putride Substanzen in die Schädelhöhle resp. in einen der Sinus hineingetrieben worden sind.

Höchstwahrscheinlich wäre der Patient an seiner Caries über kurz oder lang auch gestorben, aber eine Beschleunigung des Exitus hat hier jedenfalls stattgefunden.

Der zweite Fall, der mich von den forcirten Injectionen für die Zukunft abgeschreckt hat, betraf ein 4jähriges Mädchen, das während einer Otit. med. purul. subacuta unmittelbar nach einer Injection vermittelst der Meyer'schen Douche einen ca. halbstündigen eclamptischen Anfall bekam, der glücklicherweise ohne weitere Folgen verlief.

Digitized by Google

Der dritte Fall, den ich erwähnen möchte, der jedoch mir selbst zweifelhaft erscheint, betrifft ein 8jähriges Mädchen, welches in fieberlosem Zustande wegen chronischer Otorrhoe mir zugeführt wurde. Die Einspritzungen waren bisher nur ungenügend mit kleinen Spritzen gemacht worden. Das Kind klagte nach der ersten Injection vermittelst der Douche sofort über Schmerzen im Kopfe und waren deshalb weitere Injectionen mit der Douche von mir nicht mehr vorgenommen worden. Die Kopfsymptome hielten ununterbrochen an. Ungefähr acht Tage später entwickelte sich ein Abscess am Processus mastoideus, der geöffnet werden musste und nach weiteren drei Tagen trat unter meningitischen Erscheinungen der Tod ein. Was von dem Meyer'schen Klysopomp gesagt werden muss, in dessen Gebrauch ich, wie ich versichern kann, nicht zu brüsk vorging, gilt in erhöhtem Massstabe meines Erachtens auch von der von Löwe angewandten grossen Stempelspritze, und deshalb glaube ich, dass die von dem Autor für Aberglaube gehaltenen üblen Erscheinungen nach forcirter Injection doch in ihrer bisherigen Bedeutung aufrecht erhalten werden müssen. Die instrumentelle Entfernung mit der Wilde'schen Schlinge und die caustische Behandlung der Ohr-Polypen mit Eisenchlorid, Galvanocaustik event. Chromsäure bleiben meines Erachtens die empfehlenswerthesten Methoden. Ausdrücklich möchte ich noch hervorheben, dass ich einige Jahre mit der sonst so bequemen Meyer'schen Douche, deren Gebrauch ich bei Prof. Schwarze kennen lernte, arbeitete, und dass ich in der ganzen Zeit nur die drei oben angeführten üblen Zufälle zu verzeichnen hatte.

Nun noch ein Wort über die Heilung „jeder einfachen, uncomplicirten Trommelfell-Perforation, mag dieselbe seit noch so langer Zeit bestehen" mittelst der forcirten Ausspritzungs-Methode.

Der Autor empfiehlt, die callösen Perforationsränder vorher mit frischer, rauchender Salpetersäure, die man auf ein Glasstäbchen bringt, zu ätzen. Auch bei dieser Manipulation muss ich auf Grund eigener Erfahrung die grössten Bedenken erheben. Ich habe mit rauchender Salpetersäure viel geätzt, besonders kleine Polypen, und weiss, wie tief dieselbe in das Gewebe eindringt und wie leicht man damit in unerwünschter Weise wegen der Ausbreitung in der Fläche benachbarte Stellen verletzt. Ich habe von ganz frischer, rauchender Salpetersäure schon wegen des Rauches, der im Gehörgang uns das Gesichtsfeld stört, Abstand genommen und benutze nur eine längere Zeit aufbewahrte, in die ich aber der Sicherheit wegen ein fein zugespitztes Holzstäbchen als Arzneiträger tauche. Reste des Trommelfell, in deren Nähe die Paukenhöhlenschleimhaut und der wichtige Fensterapparat sich befindet, habe ich mit rauchender Salpetersäure noch nicht geätzt und würde es auch nicht leicht thun. — Ein Fall ist mir in der Erinnerung, wo auf dem Lande einer Bauersfrau durch rauchende Salpetersäure ein Ohr-Polyp zerstört wurde. Ich sah die Frau an einem der nächstfolgenden Tage unter den rasendsten Schmerzen mit einem fast vollkommen stenosirten und entzündeten äussern Gehörgang. Durch einige Zeit fortgesetzte Antiphlogose wurde der Zustand gebessert.

Digitized by Google

Berichtigung.

Unter dem Titel: „Zwei merkwürdige Fälle von Kehlkopf-Erysipelas nebst Bemerkungen über die Aetiologie dieser Krankheit“ ist unlängst in dieser Monatsschr. ein von Herrn Professor Fasano stammender Artikel erschienen, in welchem einige Unrichtigkeiten bezüglich der Geschichte dieser Krankheit hervorzuheben sind.

Wie aus der Epicrisis des Artikels hervorleuchtet, hat sich Herr Prof. Fasano die allergrösste Mühe gegeben, um den ersten in der Literatur niedergelegten Andeutungen über diese Krankheit nachzuspüren, und in Folge dieser geschichtlichen Forschungen ist er zu dem Resultat gelangt, dass man Ryland vor Allem das Verdienst einräumen muss, die erysipelatöse Natur mancher sogenannter Glottisoedeme betont zu haben. Und doch gerade im März vorigen Jahres habe ich in einem langen, sowohl in deutscher, als italienischer Sprache herausgegebenen Aufsatze die clinischen Merkmale dieser Krankheit eingehend beleuchtet und zugleich den unwiderleglichen Beweis geliefert, dass vor mir noch Keiner über die primäre Kehlkopfrose gesprochen hatte und dass die in der Literatur unter dem Namen Larynxrose verzeichneten Fälle sich nur auf die secundäre Form beziehen, d. h. auf diejenige, welche sich im Gefolge einer Haut- oder Pharynxrose entwickelt. — Wie Fasano die Behauptung aufstellen kann, dass zunächst Ryland das Verdienst gebührt, von primären Kehlkopfrosen gesprochen zu haben, während es allbekannt ist, dass die Untersuchungen dieses Gelehrten in die vorlaryngoscopische Periode fallen, bleibt mir ein unauflösbares Räthsel.

Man stelle sich vor, wie gross mein Erstaunen war, als ich beim Durchlesen des Artikels sah, dass Herr Prof. Fasano — welchem, nebenbei bemerkt, meine monographische Arbeit wohlbekannt war — meine Priorität unberücksichtigt gelassen hatte. Durch einen gemeinschaftlichen Freund bat ich ihn, diesen Fehler zu berichtigen, was er gern zu thun versprach. Leider aber sind seitdem acht Monate verflossen, und lässt die Berichtigung noch auf sich warten, weshalb ich gezwungen bin, die Feder zu ergreifen, um den Lesern des geehrten deutschen Fachblattes das sonderbare Benehmen dieses meines Fachgenossen in's rechte Licht zu stellen. Ist die Uebergehung blos einer Vergesslichkeit oder zum Theil auch einer wohlberechneten Absicht zuzuschreiben?

Wie dem auch sein mag, es ist zu hoffen, dass sich in der Zukunft so bedauernswerthe Vergesslichkeiten nicht mehr wiederholen werden. Jedenfalls, was mich persönlich anbetrifft, wage ich es zu behaupten, dass vor mir noch Keiner die clinische Beweisführung geführt hatte, dass manche ehemals als phlegmonöse Laryngitis angesehene Fälle nur als echte primäre Kehlkopfrose angesprochen werden müssen.

Bezüglich der von Herrn Prof. Fasano aufgestellten Behauptung, es seien Fehleisen'sche Coccen als Ursache dieser Krankheit zu betrachten, nehme ich keinen Anstand, zu erklären, dass, wiewohl diese Auffassung die von mir ausgesprochene Vermuthung — wonach der Entwickelung der Kehlkopferysipelas besondere Microorganismen zu Grunde liegen — bekräftigt, so dürfen doch die von ihm angeführten Untersuchungen unmöglich als beweiskräftig angesehen werden, da sie von einem Gelehrten herrühren, der sich anerkanntermassen nie die elemen-

Digitized by Google

tärsten Kenntnisse der Bacteriologie angeeignet hat. Er spricht von bacteriologischen Untersuchungen erysipelatös veränderter und coccenhaltiger Gewebe, und doch hat er noch keine Abbildung derselben geliefert, hat noch keinem mit der Bacteriologie vertrauten Fachmanne diese — wie soll ich sagen — in tiefes Dunkel gehüllte und doch das Wesen der Krankheit klarlegende, in's rechte Licht stellende Präparate vorgelegt. Und so lange Herr Prof. Fasano uns diese Streptococcen nicht vorzeigt, so lange er nicht mit diesen Coccen Reinzüchtungen und Impfversuche anstellt, so lange wird das zunächst von mir nur auf Grund clinischer Beobachtungen angesprochene Causalmoment nicht über eine mehr oder weniger wohlbegründete Vermuthung hinausrücken.

Neapel. Prof. Dr. F. Massei.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Beitrag zur Beurtheilung der Häufigkeit von Ohrenkrankheiten unter den Schulkindern in Dänemark. (Bidrag til Bedounnelsen af Öresygdommes Hyppighed blondt Skoleborn i Danmark.) Von E. Schmiegelow, Kopenhagen. (Hospitals-Tidende, November 1886.)

Es wurden 296 Knaben und 285 Mädchen von 8—14 Jahren untersucht.

Cerumen wurde 70 Mal (28 Knaben, 42 Mädchen) gesehen.

Ein purulenter Ausfluss vom Mittelohr war in 31 Ohren (17 K., 14 M., ca. 2,6 pCt.) vorhanden.

Sequela otitis med. suppurativa wurden 68 Mal (32 K., 36 M.) constatirt.

Kalkablagerungen in der Membrana tympani wurden in 41 Ohren (23 K., 18 M. = 3,5 pCt.) gefunden.

Retraction des Trommelfells 227 Mal (151 K., 76 M.). In 66 Fällen fehlte der Reflex ganz und gar.

Rhinitis chronica wurde 80 Mal bei K., 63 Mal bei M. gefunden, also ungefähr 25 pCt. der Kinder waren angegriffen.

Pharyngitis chronica: 83 K., 55 M., also ca. 24 pCt.

Um die Hypertrophie des adenoiden Gewebes im Nasenrachenraum zu untersuchen, wurden alle Kinder digital explorirt, weil es nur dadurch möglich ist, eine genaue Idee von der Häufigkeit der Hypertrophie zu bekommen. In 107 Fällen war die Luschka'sche Tonsille mehr oder weniger hypertrophirt. Bei 26 Kindern (15 K., 13 M. = 5 pCt.) wurden bedeutende Grade der Hypertrophie mit Obstructionssymptomen im Nasenrachenraum gefunden.

In 79 Fällen (46 K., 33 M., ca. 13 pCt.) konnten nur schwächere Grade von Hypertrophie des adenoiden Gewebes constatirt werden.

Tonsillitis hypertrophica kam bei 94 Kindern (33 K., 61 M.) vor.

E. Schmiegelow.

Digitized by Google

Doppelseitige Labyrintherkrankung während einer Cerebrospinal-Meningitis. Von H. Steinbrügge. (Zeitschr. für Ohrenheilk., XVI., 4.)

Ausführlicher Sectionsbefund des zweiten von St. innerhalb Jahresfrist genau untersuchten Falles von Labyrintherkrankung bei epidemischer Meningitis (cf. diese Monatsschrift 1886, pag. 163 u. 320). Der Fall betrifft einen 6jährigen Knaben, bei welchem sich bereits am zweiten Krankheitstage totale Taubheit entwickelte und bis zu dem, Ende der vierten Woche erfolgenden, Tode persistirte. — Trommelfelle und Paukenhöhlen bieten nichts Besonderes. Rechtes Labyrinth: N. acusticus und facialis im Meat. audit. int. von Eiter umgeben, besonders ersterer, welcher auch eine etwas grössere Zahl degenerirter Nervenfasern aufzuweisen hat; N. facialis vom Ganglion genic. an frei von Eiter. N. vestib. und sacculi ebenfalls von Eiter umgeben. Corti'sches Organ nur noch in seinen gröberen Umrissen zu erkennen; in beiden Treppen stellenweise lamellöse Spaltung des Periosts und zahlreiche neugebildete Bindegewebsstränge, welche in mannigfacher Richtung und sich vielfach verästelnd die Hohlräume durchziehen; daneben Anhäufungen von grossen, kernhaltigen Zellen, aus welchen das Bindegewebe hervorgegangen zu sein scheint. Aquaeductus cochleae enthält in der Gegend der Schneckenmündung Eiterzellen, Periost daselbst aufgefasert. Die Nerven im Modiolus sowie die Ganglienzellen im Rosenthal'schen Canal gut erhalten. Der perilymphatische Vorhofsraum ganz von neugebildetem Bindegewebe ausgefüllt; Utriculus und beide oberen Ampullen ziemlich erhalten, untere Ampulle und Sacculus zerstört. Die knöchernen Bogengänge fast völlig mit neugebildetem Bindegewebe ausgefüllt mit Untergang der häutigen Canäle; Periost vielfach ganz zerstört mit Rauhigkeit des darunter gelegenen Knochens. Linkes Labyrinth zeigte noch grössere Zerstörung und Degeneration; die Schnecke, im oberen Theile mit Eiter angefüllt, zeigte im unteren Abschnitte starke Entwickelung von Bindegewebe, welches sich nach dem Vorhofe und in den Aquaeductus cochleae, denselben völlig verschliessend, von den Treppen her fortsetzte. Corti'sches Organ völlig geschwunden, nur noch Spuren von der Reissner'schen und Corti'schen Membran. Periost in Schnecke und Vorhof aufgefasert mit mehr oder weniger vorgeschrittener Zerstörung des Knochens. Utriculus und Ampullen geschwunden, die knöchernen Bogengänge leer oder mit Detritus angefüllt, häutige Canäle zerstört.

Das Ergebniss dieser Untersuchungen ist um so interessanter, als dieselben unter sich sowohl wie mit einem dritten, von Habermann mitgetheilten Sectionsbefunde (cf. diese Monatsschrift 1886, pag. 167) in den wesentlichsten Punkten übereinstimmen, und die von St. schon bei Mittheilung des ersten Falles angeführte Vermuthung wahrscheinlich machen, dass es sich bei der im Beginn der epidemischen Meningitis einstellenden Taubheit nicht sowohl, wie man bisher anzunehmen geneigt war, um eitrige oder hämorrhagische Entzündung im Labyrinthe handelt, als vielmehr um direct necrotisirende Vorgänge seitens der Infectionsträger der Cerebrospinalmeningitis; in Folge von Thrombose und Stase in den kleinen Gefässen des Periosts komme es zur Mortification desselben und der mit ihm zusammenhängenden Labyrinthgebilde. Als Eingangspforte für die Invasion der pathogenen Organismen in die

Digitized by Google

perilymphatischen Labyrinthräume ist in allen drei Fällen höchst wahrscheinlich der Aquaeductus cochleae anzusprechen.

Keller.

Labyrintherkrankung in einem Falle von Leukaemie. Von H. Steinbrügge. (Zeitschr. für Ohrenheilk., XVI, 4.)

Die Untersuchung betrifft das rechte Felsenbein eines 25jährigen, an Leukaemie verstorbenen Mannes, welcher seit dem Beginne der Erkrankung vor 3 Jahren an häufigen Schwindelanfällen, sowie in den letzten Monaten an starkem Nasenbluten und Hämorrhagien im Auge gelitten hatte. Auf dem linken Ohre bestand in Folge chronischer Mittelohreiterung Taubheit, rechts wenigstens kein auffälliger Hördefect, bis 14 Tage vor dem Tode sich plötzlich starkes Rauschen mit totaler Taubheit auch rechterseits einstellte. — Im 20sten Jahre hatte P. ein Ulcus molle gehabt.

Aeusserer Gehörgang und Trommelfell normal; in der Paukenhöhle bindegewebige Synechien zwischen Stapes und Promontorium, der Sehne des M. stapedius und der Nische des ovalen Fensters, sowie vom Boden der Paukenhöhle zum runden Fenster hin. In beiden Schneckentreppen, dem Ductus cochl. und Aquaeductus cochleae Blutextravasate, die venösen Gefässe auffallend weit, fast nur weisse Blutzellen enthaltend. Die Membran des runden Fensters zur Hälfte in Verknöcherung begriffen. Im Sacculus reichliches, im Utriculus spärliches Extravasat. Die häutigen Bogengänge von neugebildeter Knochensubstanz fast ganz eingeschlossen, jedoch als solche noch erhalten, keine Blutergüsse; neben der Knochenbildung fand sich besonders in der Nähe der Ampullen noch Bindegewebs-Neubildung. Auch im Neurilem des Facialis und Acusticusstammes im innern Gehörgang, sowie in der Umgebung des N. sacculi bestanden Blutextravasate. — Epicritisch hebt St. die Schwierigkeit hervor, in diesem wie auch in den übrigen von Politzer, Gottstein, Blau, Gradenigo mitgetheilten Fällen die verschiedenen Krankheitsprocesse im Ohre in ihre richtigen Beziehungen zur Leukaemie zu bringen. Die plötzlich entstandene Taubheit sei höchst wahrscheinlich auf eine hauptsächlich die Schnecke betreffende Blutextravasation zurückzuführen, während die seit lange beobachteten Schwindelanfälle ihre Erklärung vielleicht in Reizungen der Bogengänge finden dürften in Folge kleinerer Blutaustritte in's Periost derselben mit consecutiver, schliesslich zu Knochenneubildung führender Entzündung. Bei dieser Annahme würden die Veränderungen in den Bogengängen als leukaemische anzusprechen sein, während Gradenigo (cf. diese Monatsschrift 1886, pag. 297) geneigt ist, die in seinem und anderen Fällen ebenfalls constatirten älteren Krankheitsprocesse mit der leukaemischen Dyscrasie nicht in genetische Beziehung zu bringen; doch lässt auch St. die definitive Beantwortung dieser Frage offen, besonders für den vorliegenden Fall im Hinblick auf die Möglichkeit, dass die chronische Entzündung des Periosts der Bogengänge mit dem Ausgang in Knochenneubildung unter dem Einflusse einer vorhergegangenen syphilitischen Infection gestanden haben könnte.

Keller.

Digitized by Google

Allgemeine Atrophie des leitenden Gehörapparates. (Beginnende Entzündung.) Von Richley (Washington).

Eine Abhandlung über sclerosirenden Mittelohrcatarrh, welche nichts besonders Erwähnenswerthes bringt, es seien denn die günstigen Erfolge des Autors in einer Reihe von Fällen mittels Jahre langer Behandlung mit Jod und Luftdouche. Keller.

Heilung eines Falles von chronischer Mittelohreiterung durch Exstirpation des Trommelfellrestes, des Hammers und des Amboss es. (Dr. Samuel Sexton's Operation for the Radical Cure of Otorrhoea.) Med. Record, 20. Nov. 1886.)

Die betreffende Patientin wurde der Practitioners' Society of New-York in ihrer Sitzung vom 8. Nov. 1886 vorgestellt. A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von Epitheliom der Ohrmuschel. (A Case of Epithelioma of the Auricle.) Von Thomas R. Pooley in New-York. (Medical Record, 20. Nov. 1886.)

Die Neubildung hatte schon drei Jahre lang bestanden und war schon einmal erfolglos (weil nicht gründlich genug) operirt worden. Pat. war 42 Jahre alt und erblich belastet. Die Geschwulst maass 1/2 Zoll im grösseren und etwas weniger im kleineren Durchmesser und entsprach dem Anthelix (welcher Seite? Ref.). Die Submaxillardrüsen waren geschwellt. Bei der Operation wurde die Blutleere mittelst der Snellen-Knapp'schen Augenlidklammer und die Localanästhesie mittelst subcutaner Injection von Cocainlösung bewirkt. Nach nahezu zwei Jahren war noch kein Recidiv aufgetreten. A. Sch. (N.-Y.)

Epitheliom der Ohrmuschel. (Epithelioma of the Auricle.) Von Douglas A. Joy in Marshall, Michigan. (Med. Record, 25. Dec. 1886.)

Der Fall betraf einen Mann in vorgerücktem Lebensalter. Bei der Exstirpation Localanästhesie mittelst subcutaner Anwendung von Cocain. A. Sch. (N.-Y.)

Ein in seiner Art einziger Fall von Verletzung des Ohrs. (Unique Case of Injury to the Ear.) Von Louis J Lauterbach in Philadelphia. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 27 Nov. 1886.)

Ein 36jähriger Mann, der längs der Schienen einer Eisenbahn ging, spürte beim Vorüberbrausen eines in entgegengesetzter Richtung kommenden Eilzuges plötzlich einen lebhaften Schmerz im rechten Ohr, verbunden mit einem Gefühl der Völle, Sausen und Schwerhörigkeit. Bei der am folgenden Tage vorgenommenen Untersuchung fand sich im rechten Gehörgang eine Weizengranne, welche mit dem breiten Ende das Trommelfell perforirt und deren Spitze die vordere Wand des Gehörganges angespiesst hatte. A. Sch. (N.-Y.)

Bruch eines kleinen Stückes des Trommelfellringes vom Schläfenbein beim Versuch, eine angeblich im Ohre befindliche Nadel zu entfernen. Von Th. Barr (Glasgow).

Der Ueberschrift ist nur noch hinzuzufügen, dass nach Ausstossuug

Digitized by Google

einiger kleiner Sequester — 4 Wochen nach der durch einen Arzt ausgeführten Maltraitirung — sich mit Verheilung einer Trommelfellperforation wieder völlig normales Gehör einstellte. Keller.

Ueber das künstliche Trommelfell. (Further Notes on the Artificial Drum-Membrane for the Ear. — A Case of Exceeding Interest, with Remarks.) Von William C. Ayres in New-Orleans. (New-Orleans Med. and Surg. Journal, Dec. 1886.)

Weitläufige Wiedergabe und Besprechung des Falls eines Musikers mit tuberculösem Trommelfelldefect, welchem das Yearsley'sche Watteküglelchen gute Dienste leistete. A. Sch. (N.-Y.)

Ein neuer Ohrtrichter. (A New Ear-Speculum.) Von E. D. Spear in Boston. (Boston Med. and Surg Journal, 23. Dec. 1886.)

Ein sehr kurzer Trichter mit einem flachen, dreieckigen Ansatz als Handgriff. A. Sch. (N.-Y.)

Entzündung des Warzenfortsatzes mit Durchbruch an einer ungewöhnlichen Stelle. (A Singular Case of „Mastoid Disease". — Spontaneous Perforation in an Unusual Situation.) Von Huntington Richards in New-York. (Med. Record, 11. Dec. 1886.)

Die „ungewöhnliche Stelle" entsprach der Gegend des Foramen mastoideum. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Rhinologische:

Ueber einige seltene Fälle von Perforation der Nasenscheidewand. (Quelques cas assez rares de perforation de la cloison nasale.) Von Dr. Schmiegelow. (Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Gewöhnlich werden Syphilis und Lupus als Ursache angenommen; man glaubt nicht an die Möglichkeit eines subperichondralen Abscesses, einer tuberculösen Perichondritis oder an einen angeborenen Bildungsfehler. Verf. erzählt einen Fall von grosser angeborener und zwei Fälle von Perichondritis abhängiger Perforation der Nasenscheidewand. Die äusseren Veränderungen der Nase stehen in keinem Verhältniss zur Grösse der Perforationsöffnung; bei grossen Perforationen des Septum cartilagineum sind sie Null, während sie bei relativ kleinen Perforationen des Septum osseum schon bedeutend sind. Dr. P. K.

Einige Bemerkungen über Operation von Choanal-Polypen mit Angabe einer neuen Operations-Methode. Von V. Lange (Kopenhagen). (Ugeskr. f. Läger, Jan. 1887, p. 1.)

Der Begriff Choanalpolyp ist nur ein klinischer, womit der Verf. jeden Nasenpolyp, der in den Choanen angetroffen, und sich in den Nasenrachenraum hineinzieht, bezeichnet. Das Wegoperiren dieser Geschwülste ist oft etwas des Schwierigsten, womit ein Rhinochirurg zu schaffen hat; und es ist nicht immer möglich, mit Schlingenschnüren oder Zange durchzukommen. Er schlägt darum ein neues Operationsverfahren vor, das ihm mehrmals in schwierigen Fällen sehr nützlich gewesen ist.

Digitized by Google

Die Methode besteht in der Einführung eines Polypenhakens durch die Nase. Das Instrument ist ein Metallstab, dessen Spitze hakenförmig gekrümmt ist. Das Instrument wird mit der Spitze des Hakens nach unten gekehrt, von der rechten Hand in die Nase eingeführt und nach hinten geschoben, und, indem der linke Zeigefinger, der in den Nasenrachenraum, vom Munde aus, introducirt ist, die Bewegung des Instruments und die Lage des Polypes controllirt, wird die Geschwulst von dem Haken ergriffen und lose vulsionirt. Die Methode, sagt er, ist ziemlich einfach, und bietet keine besonders grossen Schwierigkeiten dar. Die Brauchbarkeit des Verfahrens wird durch vier Fälle illustrirt.

Das Instrument ist im chirurgischen Etablissement von Camillus Nyrop in Kopenhagen zu haben. Schmiegelow.

Congenitaler knöcherner Verschluss der Choanen. (Congenital Occlusion of the Posterior Nares.) Von Alvin A. Hubbell in Buffalo. (Buffalo Med. and Surg. Journ., Dec. 1886.)

Erfolgreiche Operation im 18. Lebensjahr mittelst Drillbohrers und Nachbehandlung mittelst zinnerner Canülen. Verf. giebt eine Zusammenstellung aller einschlägigen Fälle. A. Sch. (N.-Y.)

Bacillen des Rhinosclerom. (Bacille du rhinosclérome.) Von Dr. Payne. (Société pathologique de Londres, 20. October 1885, und Annales des maladies du larynx No. 5.)

Verf. zeigt das Präparat eines Rhinosclerom und glaubt den betreffenden Bacillus gefunden zu haben; man muss ihn während 24 Stunden in Methylviolett liegen lassen, um ihn zu färben. Dr. P. K.

Deformities of the nasal septum. Eine neue Operation zu ihrer Correctur mit einer Analyse ihrer Resultate in 166 Fällen, die zugleich ein neues Licht werfen auf die Pathologie der Krankheiten der oberen Luftwege und ihre Beziehung zu den sogenannten Nasenreflexen. Von F. H. Bosworth. (Vortrag in der New-York Academie of Medecine und publicirt in The Medical Record, 29. Januar 1887.)

Verf. kommt immer mehr zu der Ueberzeugung, dass die meisten Deformitäten des Septum narium traumatischen Ursprungs sind, wenn auch das Trauma meist viele Jahre zurückliegt. Zur Entfernung vorspringender Leisten bedient er sich einer feinen Stichsäge, die an dem Handgriff unter einem stumpfen Winkel befestigt ist. Nie hat er Ausgang in Ulceration gehabt, was er dem Umstande zuschreibt, dass er mit der Säge stets glatte Wundflächen herzustellen im Stande ist. Er hat auf diese Weise 166 Patienten in den letzten 2 Jahren operirt.

45 hatten Naso-pharyngeal-Catarrh (32 geheilt, 13 gebessert, manche unter gleichzeitiger Cauterisation der hypertrophischen Muscheln), den man nach Verf. richtiger als Rhinitis hypertrophica auffasst. Wirkliche Pharyngitis ist sehr selten; die Schleimmengen, die man im Rachen findet, stammen aus der Nase, wie denn pathologisch der Pharynx zum Digestionstractus gehört und wahrscheinlich kein Fall dieser Affection durch die zahlreich empfohlenen Localbehandlungen des Pharynx geheilt worden ist. Der Grund für diese Erkrankung ist das deforme Septum, denn nach Behebung der Deformität heilt die Krankheit von selbst.

Digitized by Google

21 Fälle betrafen einfache Rhinitis chronica (ohne Hypertrophie); die Mehrzahl der Patienten war noch nicht 20 Jahre alt.

In 67 Fällen handelte es sich um Laryngitis, Bronchitis, Heufieber und Asthma. Als Nasalreflex ist jedes Asthma, nicht blos das bronchiale, aufzufassen; gastrische und cardiale Störungen tragen allerdings, „wie leicht verständlich", gelegentlich zum Ausbruch bei. Beweis: Alle Formen lassen sich von der Nase aus heilen.

24 Kranke litten an Gehörstörungen. Ein Uebergreifen des Catarrhs auf die Tuba Eustachii als directe Ursache dazu ist selten. Schwerhörigkeit ($^1/_{40}$ — $^1/_2$ Hörweite) wurde gleichfalls durch die Operation gehoben. Unter 8 Fällen wurde Tinnitus aurium viermal durch die Nasenoperation beseitigt. Ferner 2 Chorea, 1 Spasmus glottidis, 3 Vertigo sämmtlich geheilt. In einem operirten Falle von Epilepsie ist (seit 1 Jahr) kein Anfall mehr aufgetreten. —s.

Eine Fixationsnadel mit Leitharpune zum Gebrauch bei Operationen am Schwellkörper der Nase. (A Novel Needle-director to Facilitate Transfixion of the Turbinated Tissues.) Von Wm. Chapman Jarvis in New-York. (New-York Medical Monthly, Nov. 1886.)

Das Instrumeut besteht aus drei miteinander nicht fest verbundenen Theilen und erinnert im geschlossenen Zustande einigermassen an eine Sicherheitsnadel. Eine nähere Beschreibung ohne Wiedergabe der Abbildung bliebe unverständlich. A. Sch. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Bursa pharyngea in anatomischer und pathologischer Beziehung. (Etude de la bourse pharyngée ou bourse de Luschka au point de vue de l'anatomie et de la pathologie.) Von P. Tissier. (Annales des maladies du larynx etc. No. 10.)

Verf. beschreibt einen Fall von chronischer Erkrankung der Bursa pharyngea bei einem 25jährigen Mädchen. Daran anschliessend giebt er das Historische der sogenannten Bursa pharyngea, so wie Tornwaldt, Luschka, Tröltsch, Fraenckel, Langer, Ganghofner, Voltolini und Keimer sie beschrieben haben; folgt dann die Untersuchungsmethode, welche wir bis jetzt in den Handbüchern vergeblich suchen; dann folgen die 4 Hypothesen über die Entstehungsweise der Bursa. Durch Reizzustände kann chronischer Catarrh dieser Bursa entstehen; es kann der Ausführungsgang sich schliessen und zur Bildung einer Cyste führen. Patient klagt über Trockenheitsgefühl im Rachen, über ein Gefühl, welches zum Räuspern veranlasst und nachlässt, sobalb eine grauweissliche, zähe Masse, besonders des Morgens, expectorirt worden ist. Die Pharynxschleimhaut erscheint trocken, geröthet, glänzend; man sieht die untere Kante eines von zähem Schleim gebildeten Dreieckes, dessen Seitenkanten spitz nach oben zu laufend in einem spitzen Winkel endigen, welcher sich in der Mitte zwischen dem Atlasvorsprung und dem obern Rand des Septums befindet; dieses von zähem Schleim gebildete Dreieck kann klein, gross, oft nur angedeutet sein. Der Schleim kommt nicht aus der Nase, er wird im Pharynx selbst gebildet; bei genauer Untersuchung (Tornwaldt) findet man, dass er aus der Bursa pharyngea hervorquillt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Kritische Studie über die Angina von Ludwig. (Etude critique sur l'angine de Ludwig.) Von Dr. Boehler. (Thèse de Paris und Revue mensuelle de laryngologie No. 2.)

Verf. hat 35 Fälle gesammelt, welche seit dem Jahre 1835 in der Literatur erschienen sind. Er bekämpft die Meinung des Münchener Arztes Ludwig, nämlich, dass die Entzündung des tieferen Zellgewebes des Halses eine specifische sei. Sie unterscheide sich in keinem Punkte von den anderen Entzündungen des Zellgewebes des Halses; sie bestehe in secundären gangraenösen Phlegmonen, deren Herd man immer in der Region selbst auffinden könne. Dr. P. K.

Lähmung des Armes nach einfacher catarrhalischer Angina. (Paralysie du membre supérieur consécutive à une angine simple.) Von Dr. Prévost. (Paris médical No. 10 und Revue mensuelle de laryngologie No. 10.)

Die Lähmung trat nach starker einfacher Angina auf. Diphtheritis war mit aller Sicherheit ausgeschlossen. Die Heilung war in 6 Wochen vollständig. Verf. reiht diesen Fall zu denen, welche Marquez 1873 beschrieben hat und welche Bouchut in seinem Handbuch über Kinderkrankheiten erwähnt. Dr. P. K.

Lähmung nach einfacher Angina. (Parésie consécutive à une amygdalite.) Von Dr. E. J. Beall. (St. Louis Med. and Surg. Journal, Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngol. No. 10.)

Zwei Gaumensegellähmungen nach einfacher Angina bei einem 7jährigen Kinde und einem 25jähr. Manne. Dr. P. K.

Ueber das Zustandekommen der Orchitis und Ovaritis bei Mandelentzündung. (De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes.) Von Dr. Joal. (Archives générales de médecine, Mai u. Juni 1886 und Bulletin médical du Nord 1886, No. 6)

14 Beobachtungen beweisen das Auftreten von Orchitis und Ovaritis während Mandelentzündung; letztere muss als ursprüngliche Erkrankung angesehen werden; Blase, Urethra, Uterus waren intact, es handelte sich also nicht um Fortpflanzung von diesen Organen aus; auch konnten alle anderen, sonst Orchitis und Ovaritis hervorrufenden Krankheiten ausgeschlossen werden. Es sind Mandelentzündungen mittleren Grades, welche beide Complicationen hervorrufen; letztere treten auf, wenn erstere abnimmt; sie kommen vor bei Leuten von 18 — 25 Jahren, also von einem Alter, wo die geschlechtlichen Functionen am lebhaftesten sind; sie gehen meist in Lösung über, obgleich ein Fall von Atrophie des einen Hodens und ein Fall von eitriger Ovaritis verzeichnet sind; sie sind immer einseitig. Verf. theilt die schon im Jahre 1881 von Lasègue vertretene Ansicht, nämlich, dass die Amygdalitis eine infectiöse Krankheit ist, unter deren Einfluss verschiedene ziemlich constante Complicationen auftreten können. Dr. P. K.

Ereigniss bei einer Mandelexstirpation. (Accident survenu pendant l'ablation d'une amygdale.) Von Dr. Barré. (Union médicale, 28. Mars und Revue mensuelle de laryngologie No. 10.)

Der schneidende Ring des Amygdalotom's brach entzwei und das

Digitized by Google

eine Stück wurde von dem Kinde verschluckt, ohne dass üble Folgen eintraten.

Moure hatte einmal dasselbe Schicksal; nur blieb das Stück an der durchschnittenen Stelle, die halbdurchschnittene Mandel hing in den Hals hinab, und die Operation musste mit dem Messer beendet werden.

Dr. P. K.

Ueber Symptome der Mandelsteine. (Des accidents causés par les calculs de l'amygdale.) Von Dr. Terrillon. (Archives générale de médecine, Août 1886 und Semaine médicale No. 36.)

Einfache oder mit Dyspnoe und Dysphagie verbundene Angina, welche sich von Zeit zu Zeit wiederholt, öfters in Abscess übergeht und dann etwas Eiter oder Concrementstücke nach aussen befördert. Mit dem blossen Auge sieht man die betreffende Mandel dunkel gefärbt und angeschwollen; die Diagnose unterliegt keinem Zweifel, wenn man einen weissen Vorsprung mit angefressenen Schleimhauträndern sieht. Diese primäre Schwellung und Verhärtung der Drüse ist oft so deutlich, dass schon Conis ihre Verwechselung mit Mandelsquirrus als möglich dargestellt hat; eine genaue Untersuchung mittelst Finger und Instrumenten ist bei guter Beleuchtung nothwendig. Nimmt man eine solche Mandel mit dem Tonsillotom weg, wie es oft geschieht, so kann das Amygdalotom brechen. Sind die Concremente weicher Natur, so genügen Auspinselungen mit Salzsäure und Mel rosatum; sind sie hart, so muss man einen Hohllöffel und das Messer gebrauchen; nachher genügen einige Cauterisationen, um die Mandel zu heilen. Dr. P. K.

Mandelsteine. (Calcul de l'amygdale.) Von Dr. Délie. (Revue mensuelle de laryngologie No. 10.)

Bei einem 11jährigen Kinde bestand fortwährender Schmerz an der rechten Rachenseite; von Zeit zu Zeit traten acute Anfälle dabei auf, welche Bedenken erregten. Verf. wollte Erleichterung durch Scarificationen in die Mandel verschaffen, stiess mit der Lanzette auf einen harten Körper, welcher während einer Würgbewegung herausbefördert wurde; er hatte die Grösse von 4 resp. 3 Centimeter. Dr. P. K.

Diagnose des Blödsinns durch Untersuchung des Gaumens oder Uranostomatoscopia phrenopathica. (Du diagnostic de l'imbécillité par l'examen de la voûte palatine ou uranostomatoscopie phrénopathique.) Von Dr. Giné. (Independencia medica de Barcelona und l'art médical 1886, No. 13.)

Bei allen geistig zurückgebliebenen Kindern bemerkt man eine Vertiefung im harten Gaumen; sie befindet sich an der Stelle des harten Gaumens, wo man mit einer Stecknadel fünf Knochen zugleich berühren kann; nämlich die zwei Oberkieferbeine, die zwei Gaumenbeine und das Pflugscharbein; 1 Centimeter hinter der Alveole sieht man sie leicht im zarten Kindesalter, verschwindet aber unter normalen Verhältnissen. Ihr Bestehenbleiben zeugt sicher für Idiotismus, sie ist am besten mit dem Index zu fühlen. Die Tiefe dieser Grube steht in directem Verhältniss zum Grade des Idiotismus (?). Dr. P. K.

Digitized by Google

Chondrom der Parotis, in den Mund hereinragend. Exstirpation durch den Mund. (Chondrome parotidien, faisant saillie dans le pharynx. Exstirpation par la bouche.) Von Dr. Périer. (Société de chirurgie, Séance du 5. Mai 1886 und Revue mens. de laryng. No. 10.)

Ein 28jähr. Mann zeigte seit 6 Jahren einen wenig beweglichen, bis in die betreffende Choane und bis auf den Larynx reichenden Tumor. Athem- und Schluckbeschwerden. Mucosa normal und beweglich auf dem Tumor. Der Kranke wurde in der Chloroformnarcose bei herabhängendem Kopfe (nach Rose) mit Erfolg operirt. Dr. P. K.

Epithelioma der Zunge. (Epithélioma de la langue.) Von Prof. Dr. Trélat. (Le Praticien, 31. Mai, und Revue mensuelle de laryngologie No. 10, 1886)

Bei einem kräftigen, 50jährigen, die kurze Pfeife rauchenden Manne bestand Krebs am linken Zungenrande; keine Drüsenschwellung. Trélat hält einen clinischen Unterricht über den gegebenen Fall, verwirft alle specifischen Behandlungen als Zeitverlust, räth zur frühzeitigen Operation, nachdem vorher beide Linguales unterbunden worden sind.

Dr. P. K.

Ueber einseitige Zungenatrophie. (De l'hémiatrophie de la langue.) Von Dr. Schiffers. (Revue mensuelle de laryngologie No. 7.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 22jährigen, gesunden, mit Hemiatrophie der Zunge rechts und mit Lähmung des rechten wahren Stimmbandes behafteten jungen Mannes. Von den meisten Autoren wurde die Hemiatrophie der Zunge als Anfangsstadium eines Tabes dorsalis oder einer progressiven Bulbärparalyse angesehen. Bei dem betreffenden Patienten konnte keine dieser Krankheiten nachgewiesen werden. Man muss einen dicht an der Mittellinie der Medulla oblongata gelegenen, das Centrum des Hypoglossus, Accessorius Willisii und Vagus zerstörenden Process annehmen. Dr. P. K.

Locale Einwirkung des Aethers auf die Larynxmuskeln. (Action locale de l'èther sur les muscles du larynx.) Von DDr. Semon und Horsley. (Association médicale britannique und Semaine médicale No. 38.)

Hooper hatte 1885 zufällig gefunden, dass bei tief ätherisirten Hunden Reizung der Recurrentes keine Contraction, sondern eine Dilatation der Glottis bewirkt. Dieses Phänomen tritt ein, einerlei, ob man das periphere Ende des durchtrennten Nerven oder den unversehrten Nerven in seinem Verlauf reizt. Bei leicht ätherisirten oder sich in normalem Zustande befindenden Hunden bewirkt bekanntlich Reizung der Recurrentes Contraction der Glottis, wegen dem Uebergewicht der Larynxconstrictoren. Man könnte also in dem gegebenen Fall annehmen, dass bei tiefer Narcose die Adductoren des Larynx früher gelähmt werden, als die Abductoren, deren Functionen sich mehr denen der glatten Muskelfasern nähern. Es wurde aber bis jetzt allgemein angenommen, dass die Verschiedenheit in der Wirkung der Anästhetica auf rothe und glatte Muskelfasern in einem entsprechenden Unterschied der Wirkung auf die Nervencentra bestehe: Bekanntlich sind die Corticalcentra früher gelähmt, als die Centra der Medulla oblongata. Da aber in tiefer Nar-

Digitized by Google

cose die Wirkung auf die Glottis (Erweiterung) auch bei Reizung des durchschnittenen Nerven eintritt, so muss man annehmen, dass die Wirkung des Aether darin besteht, dass die Larynxmuskeln selbst oder dessen Nervenendigungen modificirt werden.

Grützner und Simanowsky haben einige histologische Unterschiede in den Adductoren und Abductoren des Larynx gefunden, so dass man die Adductoren in die Classe der quergestreiften Muskeln (Krause, Ranvier), die Abductoren in die der glatten Muskelfasern reihen kann.

Ferner haben Semon und Horsley bewiesen, dass bei einem frisch exstirpirten Larynx die Contractilität der Abductoren früher erlischt, als die der Adductoren. Diese Entdeckung stimmt mit der Behauptung von Onimus überein, dass nämlich nach dem Tode die Contractilität der Flexoren länger besteht, als die der Extensoren. Dr. P. K.

Latenter Croup, chronische Diphtheritis. (Croup latent, diphthérie prolongée.) Von Dr. Blanquinque.

Chronische Diphtheritis ist viel seltener, als die acute; der Körper scheint sich an sie zu gewöhnen, sie wird nur gefährlich durch Localisation im Larynx. Zuerst von Cadet de Gassicourt classisch beschrieben, kann man folgende Hauptmerkmale an ihr kennzeichnen: 1) der Croup kann latent bleiben und unter dem Bilde einer subacuten Laryngitis verlaufen; 2) er kann eine sehr lange Dauer haben (70 Tage); 3) er ist nie ansteckend und bedingt keine Allgemeinerscheinungen.

Dr. P. K.

Ein Fall von Rachentuberculose. (Report of a Case of Tubercular Ulceration of the Pharynx.) Von F. Whitehill Hinkel. (Medical Press of Western New-York, Mai 1886.)

Der Fall betraf einen 25jährigen Deutschen und endete rasch letal. Ein älterer Bruder des Patienten war nach Angabe der Umgebung in ähnlicher Weise zu Grunde gegangen. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass in dem von ihm beobachteten Falle der Pharynx primär ergriffen wurde und dass die Lungen, in welchen der tuberculöse Process verhältnissmässig geringe Ausbreitung zeigte, erst secundär ergriffen wurden.

A. Sch. (N.-Y.)

Bericht über 165 Fälle von O'Dwyer'scher Intubation bei Larynxdiphtherie. (Laryngeal Diphtheria. — Intubation and Pathological Anatomy. — Report of One Hundred and Sixty-Five Cases.) Von W. P. Northrup in New-York. (Med. Record, 11. December 1886.)

Verf. giebt eine Zusammenstellung sämmtlicher bisher veröffentlichter Fälle von Kehlkopfdiphtherie, bei welchen O'Dwyer's Laryngealcanüle angewendet wurde. Die Methode findet in den Verein. Staaten überall Eingang, doch liegt bisher noch kein einziger Bericht aus dem Auslande vor. Der Procentsatz der Heilungen beträgt 28½. Man soll die Canüle nicht zu klein wählen, weil sie sonst leicht ausgehustet wird. In einem Falle, in welchem man nach Insertion des Tubus unterlassen hatte, den Sicherheitsfaden zu entfernen, fand sich nach dem Tode das Instrument im Magen des Kindes. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Ueber die Ursachen, welche ein protrahirtes Verweilen der Tracheotomiecanüle nothwendig machen. (The Delayed Removal of Tracheotomy-Tubes, with Cases.) Von Robert W. Lovett, Boston. (Boston Med. and Surg. Journal, 22. Juli 1886.)

Vier Krankengeschichten mit epicritischen Bemerkungen.

A. Sch. (N.-Y.)

Retropharyngeale, auf syphilitischer Basis beruhende Drüsenaffection. (De l'adénopathie rétropharyngienne d'origine syphilitique.) Von Dr. Darbouet. (Thèse de Paris und Revue mensuelle de laryngologie No. 2.)

An der hinteren Pharynxfläche, zwischen den Constrictoren und der Fascia praevertebralis, bestehen zwei symmetrische Lymphdrüsen, welche im Alter von drei Jahren atrophiren. Besteht aber Syphilis, so kann eine Drüsengeschwulst entstehen. Die Diagnose ist leicht, nur muss man die Geschwulst nicht mit einem retropharyngealen Abscess verwechseln.

Dr. P. K.

Fremdkörper in den Luftwegen, Cocainisirung des Larynx, leicht gelungene Entfernung des Fremdkörpers mit Hilfe des Spiegels. (Corps étranger des voies aériennes, cocainisation du larynx, extraction très facile du corps étranger, après application du miroir laryngien.) Von Dr. Blanc. (Thérapeutique contemporaine médicale et chirurgicale No. 33, 1885 et Annales des maladies du larynx No. 4, 1886.)

Ein 42jähr. Mann kommt in's Hôtel Dieu, um sich einen Tags vorher verschluckten Knochen aus dem Halse nehmen zu lassen. Der Kranke hatte blos einen Erstickungsanfall gehabt, kein Husten, keine Heiserkeit, blos ein unangenehmes Gefühl in der Höhe des Schildknorpels. Der Knochen sass einerseits im rechten Ventrikel und bedeckte andererseits das Vestibulum laryngis nach links. Extraction gelang leicht. Auffallend war bei diesem Fall die grosse Toleranz des Larynx für einen $4^1/_2$ Ctm. langen und 1—2 Ctm. breiten Knochen.

Dr. P. K.

Ueber Ecchondrosen und Exostosen des Kehlkopfes. (Aperçu sur les ecchondroses et exostoses du larynx.) Von Dr. Henri Bertoge. (Annales des maladies du larynx etc. No. 4, 1886.)

Verf. giebt die seltenen in der Literatur verzeichneten Fälle von intralaryngealen und extralaryngealen Knorpel- und Knochenbildungen mit der Bemerkung, dass bei Weitem nicht in allen Fällen die Diagnose eine sichere ist.

Verf. giebt die interessante Krankengeschichte eines 42jährigen Beamten, welcher, wegen tiefsitzendem Halstumor tracheotomirt, am 7. Tage an Pneumonie zu Grunde ging. Die Section ergab einen an der rechten Innenseite der Cart. cricoidea aufsitzenden Tumor, welcher, gemäss genau vorgenommener microscopischer Untersuchung, als ein in Knochenbildung begriffener Knorpel diagnosticirt werden musste.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die betreffenden Tumoren sind rein localer Natur. Sie stellen eine Vermehrung oder Versetzung eines physiologischen Vorganges dar und stimmen dann mit dem Alter überein,

Digitized by Google

wo sich in den Larynxknorpeln die Ossificationspunkte bilden (40—50 Jahre); oder aber sie sind ein pathologisches Product bei bestehenden Krankheiten (Tuberculose, langandauernder chronischer Catarrh). Man beobachtet alle Uebergangsformen vom Knorpel zum Knochen; die Neubildung entsteht selten an den Arytänoideis. Virchow geht zu weit, wenn er behauptet, dass alle in's Larynxlumen hineinwuchern. Wenn auch die microscopische Untersuchung allein die Diagnose ganz sicherstellt, so erleichtern doch folgende Momente intra vitam die Diagnose: Sitz in der Höhe der Cartilago thyr- oder cricoidea; gleichmässige Entwicklung, manchmal etwas gelappt, aber nie unregelmässig; normale Mucosa. Härte beim Berühren mit dem Finger oder mit der Kehlkopfsonde. Feste Anhaftung an der Basis. Fehlen der Drüsenschwellungen. Ungestörtes Allgemeinbefinden. Sehr chronischer Verlauf. Obgleich diese Tumoren gutartiger Natur sind, so können sie doch durch ihr grosses Wachsthum und namentlich durch Reflexkrämpfe lebensgefährlich werden. Die allein wirksame Behandlung besteht in der Exstirpation; letztere kann auf endolaryngealem Wege oder durch die Laryngotomie stattfinden.

Dr. P. K.

Bericht über die Leistungen der medicinischen Klinik der Universität Lüttich. (Annales de la clinique interne de la faculté de médecine du Liège.) Von Dr. Masius, Closson und Schiffers.

Die Verfasser geben über die interessanten Krankheitsfälle und unter letzteren über die interessanten Halsleiden Bericht:

Bei allen Fällen von Typhen und acutem Gelenkrheumatismus waren keine Larynxtyphen und keine Affection der Cricoarytänoidalgelenke diagnosticirt worden. Bei einem ausgesprochenen Fall von Larynxsyphilis mit bedeutender Dyspnoe erwiesen sich die Bepinselungen mit Chromsäure (1 : 6) als sehr nützlich. Von chronischen Laryngitiden war ein Fall von submucöser Laryngitis von grossem Interesse. 3 Fälle von Larynxkrebs wurden beobachtet: 1 Fall wurde von v. Winiwarter glücklich operirt durch Larynxexstirpation und es trat keine Recidive ein. Von Larynxparalysen wurden nur hysterische Lähmungen beobachtet. Es wurde kein einziger Fall von primärer Larynxtuberculose gesehen. Von Mund- und Pharynxaffectionen wurden nur die gewöhnlichen Leiden beobachtet; Verff. betonen den geringen Nutzen des so viel gepriesenen benzoesauren Natrons bei Diphtheritis. Bei allen beobachteten Gehirn- und Rückenmarksleiden wurde keine Larynxaffection beobachtet.

Dr. P. K.

Ueber Arthritis cricoarytaenoidea. (De l'arthrite cricoaryténodienne.) Von Dr. Ramon de la Sota y Lastra. (Revue mensuelle de laryngologie, No. 9, 1886.)

Ein Kranker zeigte entzündete Basis der rechten Arytänoidea, beschränkte Bewegungen der letzteren, erschlafftes entsprechendes Stimmband, Ueberschreiten der Medianlinie durch die linke Arytänoidea; Schmerz beim Sprechen, Husten und Schlucken; Heiserkeit. Diagnose: Arthritis cricoarytaenoidea dextra rheumatica. Ruhe, Pulvis Doweri, erweichende Inhalationen, Bepinselungen mit Zinklösung brachten in einem Monat Heilung.

Digitized by Google

Verf. betont die Häufigkeit der acuten Entzündung dieser Gelenke, welche Affection leicht zu erkennen ist. Die Röthung und Schwellung nebst Schmerzhaftigkeit gestatten die Differentialdiagnose mit nervöser Lähmung; Tumoren, welche die Unbeweglichkeit bedingen, werden leicht mittelst des Spiegels entdeckt. Die Ursachen können allgemeine (Typhen, Pocken, Rheumatismus, Schanker, Lepra, Syphilis) oder locale (Contusionen, Verletzungen, Verbrennungen, Schreien, Kälte) sein. Folgt nun die Beschreibung des acuten und chronischen Verlaufs, sowie die allgemein bekannte Behandlung des Leidens. Dr. P. K.

Schleimpolyp und Blutcyste im Larynx. (Polype muqueux et kyste sanguin du larynx.) Von Dr. Coupard. (Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Ein auf der oberen Fläche des rechten Stimmbandes aufsitzender Schleimpolyp wurde mittelst der Fauvel'schen Zange entfernt; die Stimme wurde normal, verschwand aber nach einiger Zeit wieder, weil eine Blutcyste entstanden war; letztere wurde zerrissen und der Kranke heilte.

Verf. betont in diesen beiden Fällen die leichte Verwechselung dieses Blutspuckens mit dem von Lungenleiden abhängigen. Dr. P. K.

Blutcyste im Larynx. (Tumeur sanguine du larynx.) Von Dr. Coupard. (Revue mensuelle de laryngologie No. 9.)

Belegte Stimme und zeitweiliges Blutspucken bei einem 25jährigen Priester. Leichter granulärer Rachencatarrh. Am vorderen Glottiswinkel, zwischen beiden Stimmbändern, ein runder, violettblauer, etwa 2½ Mm. messender, nichtgestielter, den Contact beider Stimmbänder verhindernder Tumor. Lungen normal. Bepinselungen mit Chlorzink und Jodglycerin brachten Heilung. Dr. P. K.

Ueber Kehlkopfoedem. (Cases of Laryngeal Oedema.) Von Thomas Amory De Blois in Boston. (Verhandl. des achten Congresses d. Amer. Laryng. Assoc. — N.-Y. Med. Journal, 18. December 1886.)

Ausser 14 Fällen seiner eigenen Praxis, worunter 6 durch Adstringentien und die übrigen 8 durch Scarification geheilt wurden, giebt Verf. ausführlichen Bericht über zwei tödtlich verlaufene Fälle aus der Praxis anderer Aerzte. A. Sch. (N.-Y.)

Foudroyantes Larynxoedem. (Rapid Oedema of the Larynx.) Von Dr. Edes in Boston. (Verhandl. d. Boston Society for Med. Improvement. — Boston M. and Surg. Journ., Vol. CXIV, No. 5.)

Ein 35jähr., kräftiger Mann bekam in Folge von Erkältung einen Schüttelfrost, wurde heiser mit Dysphagie, später vollständig aphonisch. Am dritten Tage plötzlicher Erstickungstod, als dessen Ursache die Section Glottisoedem nachwies. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Ein Fall von Larynxoedem mit Tracheotomie, bei welchem die Canüle erst nach drei Monaten entfernt werden konnte. (A Case of Unusual Retention of the Canula after Tracheotomy.) Von Edmond Souchon, New-Orleans. (N.-O. Med. and Surg. Journ., Juli 1886.)

Ein 4jähriges Mädchen, welches an „Bronchitis und Glottisoedem" erkrankt war, musste wegen Erstickungsgefahr tracheotomirt werden. Es lag wahrscheinlich an stark wuchernden Wundgranulationen in der Trachea, dass die Trachealcanüle nicht früher entfernt werden konnte.

A. Sch. (N.-Y.)

Drei Fälle von Thyreotomie mit guter Erhaltung der Stimme. (Three Cases of Thyreotomy; Recovery in each Case, with Excellent Voice.) Von Clinton Wagner in New-York. (Verhandl. d. Amer. Lar. Assoc. 1886. — N.-Y. Med. Journ., 30. Oct. 1886.)

1) Ein 5jähr. Knabe mit Papillom. Thyreotomie mit vorausgeschickter Tracheotomie. 2) Ein 4jähr. Knabe war wegen Diphtheritis tracheotomirt worden. Es entwickelte sich eine membranöse Stenosirung des Kehlkopfes unterhalb der Stimmbänder, weshalb die Trachealcanüle nicht entfernt werden konnte. Thyreotomie und Exstirpation der stenosirenden Membran. 3) 3jähriges Mädchen mit Papillom des linken Stimmbandes. Bei der vorausgeschickten Tracheotomie starke Blutung aus einer angeschnittenen Vene und Collaps, weshalb die Thyreotomie erst 2 Wochen später ausgeführt wird. A. Sch. (N.-Y.)

Ein practischer Handgriff bei der Ausführung der Tracheotomie. (A practical Hint on the performance of Tracheotomy.) Von W. Leonard Braddon, F. R. C. S. E. (The Lancet, 20. November 1886.)

Statt, wie bisher beim Luftröhrenschnitt üblich, die Haut über der Trachea von vorn (oben) her zwischen den Fingern zu spannen, empfiehlt B., von hinten her das Genick des Kindes zu umgreifen und die Finger unter die Seitenränder des Larynx zu schieben. Auf diese Weise wird auch der Druck auf die Luftröhre, der die Dyspnoe noch erhöht, vermieden. —s.

Tracheotomie an einem scheintodten Kinde. Wiederbelebung. (A Case of „Post Mortem" Tracheotomy with Resuscitation of the Patient.) Von Edmond Souchon in New-Orleans. (New-Orleans Med. and Surg. Journ., April 1886.)

Es handelte sich um ein ungefähr 3 Jahre altes Kind mit acuter Bronchitis und Glottisoedem. Nach der Wiederbelebung lebte das Kind noch 30 Stunden. Tod an Bronchopneumonie. A. Sch. (N.-Y.)

Einfluss des Laryngoscops auf die Diagnose der extralaryngealen Krankheiten. (Influence du laryngoscope sur le diagnostic des affections extralaryngiennes.) Von Dr. Paul Koch. (Association française pour l'avancement des sciences, Nancy 1886 und Annales des maladies du larynx etc. No. 10.)

Verf. betont die Nothwendigkeit des Gebrauches des Kehlkopfspiegels bei der Diagnose der extralaryngealen Leiden. Es werden der Reihe nach Phthisis, Typhus, Masern, Variola, Scharlach, Erysipel, Lupus,

Digitized by Google

Lepra, Cholera, Trichinose, acuter Gelenkrheumatismus, Diphtheritis, Oesophaguskrebs, Vergiftungen, Morbus Brightii, Halsgeschwülste, Tumoren des Thorax erwähnt, insoweit selbe von Einfluss auf das laryngoscopische Bild sind. Namentlich werden die nervösen Halsleiden, insofern sie von Tabes dorsalis (Charcot), von Leiden der Gehirnhemisphären (Semon und Horsley) abhängen, in Erwägung gezogen; dem Laryngoscop wird für die Zukunft eine grosse Rolle bei der Diagnose der Erkrankungen der nervösen Centralorgane zugedacht. Dr. P. K.

Eine neue Methode zur Entfernung von infrachordalen Geschwülsten. (A Novel Procedure for the Removal of Subglottic Laryngeal Growths with the Report of an Illustrative Case.) Von W. C. Jarvis in New-York. (Verhandl. d. Amer. Laryng. Assoc. 1886. — N.-Y. Med. Journ.. 27. November 1886.)

Eine den Artikel begleitende Abbildung stellt einen Schlingenschnürer dar, den der erfinderische Verf. aus einer Mackenzie'schen Zange und einem Stück Stahldraht combinirte, um infrachordale Papillome zu entfernen. Nachdem das Instrument bis an die Stimmbänder eingeführt war, entfernte er den Spiegel und führte dann das Durchzwängen desselben durch die krampfhaft contrahirten Stimmbänder und das Abschnüren der Geschwulst blindlings, aber mit brillantem Erfolge aus.

A. Sch. (N.-Y.)

Ueber einseitige Larynxexstirpation mit einem Beispiel von Heilung. (De l'exstirpation unilatérale du larynx avec une observation de guérison.) Von Dr. Gerster. (Annales of Surgery, Février 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 10.)

Ein 57jähriger, nicht hereditär belasteter Mann ist mit einem Sarcom der linken Larynxhälfte behaftet. Zuerst wurden die infiltrirten Ganglien entfernt und die Tracheotomie ausgeführt. 5 Wochen später wurde die linke Larynxhälfte entfernt: Einführung einer Tamponcanüle. Senkrechter Schnitt von der Incisura thyroidea superior bis unter den Ringknorpel; senkrecht vom oberen Ende dieses Schnittes wird ein zweiter horizontaler Schnitt bis zum vorderen Rande des Sternocleidomastoideus geführt. Durchtrennung des Ligamentum cricothyroideum, der Cart. cricoidea, des Lig. thyreohyoideum, Entfernung der kranken Theile, Unterbindung der Arteria thyroidea superior und der linken Carotis. Canüle bleibt liegen; Sondenernährung. Das Microscop ergab ein alveoläres Sarcom. Nach fünf Wochen war Patient geheilt. 6 Monate später befand Patient sich noch wohl. Dr. P. K.

Vorschlag einer neuen Behandlungsmethode paralytischer Larynxstenosen. (A Modified Operation in Laryngeal Stenosis from Paralysis.) Von B. G. Hope in New-York. (N.-Y. Med. Journal, 20. November 1886.)

Die vorgeschlagene Methode, welche Verf. practisch auszuführen noch keine Gelegenheit hatte, ist die folgende: Präliminäre Tracheotomie, hierauf Thyreotomie und partielle Resection der Stimmbänder.

(Ein ähnlicher Vorschlag ist schon von O'Dwyer [siehe Referat in

Digitized by Google

dieser Monatsschr., Septbr. 1886, S. 307] und vor ihm von Sir Joseph Lister ausgegangen [s. eine Anmerkung Semon's im Centralblatt für Laryngol., Nov. 1886]. Ref.) A. Sch. (N.-Y.)

Zwei erfolgreiche Fälle von Gastrotomie, einer zusammen mit Tracheotomie. (Two successfull cases of gastrostomy, one complicated by tracheotomy.) Von C Stonham, Brompton. (Lancet, 2. October 1886.)

Ein Fall, nur gastrotomirt, betraf ein bei einem Syphilitischen aufgetretenes bösartiges Gewächs am Zungengrunde. Patient lebte 5 Monate nach der Operation verhältnissmässig angenehm. Bei der zweiten Patientin, welche eine Neubildung in der linken Halsseite hatte, welche das Schlucken unmöglich machte, musste wegen Erstickungsgefahr während der Gastrotomie die Tracheotomie gemacht werden. Sie lebte noch 4 Wochen. Dr. M. Schm.

Extraction einer eisernen Gabel mittelst Magenschnitt. Nutzen der Magnetnadel und des Magneten, um die Gegenwart dieses Fremdkörpers im Magen festzustellen. (Extraction d'une fourchette de fer par la taille stomacale. Utilité de l'aiguille aimantée et de l'électroaimant pour reconnaître la préseuce de ce corps dans l'estomac.) Von Dr. Polaillon (Bulletin de l'académie de médecine de Paris, Séance du 24. Août 1886.)

Ein 25jähriger Taschenspieler verschluckte in Luchon eine Gabel, welche er nicht mehr aus dem Pharynx hervorholen konnte und welche bis in den Magen glitt. Patient litt nur bei leerem Magen, wenn also der Magen sich an den Fremdkörper anlegte; er ass deshalb recht oft; kein Erbrechen und kein Auswurf. Der Fremdkörper war weder durch Palpation, noch durch die Collin'sche Oesophagussonde festzustellen. Die Furcht vor der dünnen Sonde liess den Verf. an der Gegenwart eines Fremdkörpers zweifeln, da diese Angst bei solchen Taschenspielern gewöhnlich nicht vorhanden ist. Eine an ihrem vorderen Ende mit zwei Polen versehene Oesophagussonde wurde nun eingeführt: wenn beide Pole an den metallenen Fremdkörper rührten, musste der Strom geschlossen und der electrische Apparat in Bewegung gesetzt werden; das Resultat war negativ.

Trouvé und der Verf. stellten nun die Diagnose auf folgende Weise fest: Eine sehr feine Magnetnadel, der Magengegend genähert, wich gegen die Magengrube ab; machte der Kranke einige Bewegungen, so folgte die Magnetnadel diesen Bewegungen. Ein starker Magnet wurde bis auf einige Millimeter der Magengegend genähert; beim Durchleiten des electrischen Stromes erhob sich die Magengegend plötzlich, gerade wie wenn ein im Magen sich befindender Fremdkörper sich auf den Magnet stürzen wollte; hängte man den Magneten, statt ihn in der Hand zu halten, an einem Bindfaden auf, so fing er an zu schwanken und sich an den Magen anzulegen, sobald der electrische Strom durchging. Die Gegenwart eines eisernen Fremdkörpers im Magen war also festgestellt. Die Gastrotomie wurde folgendermaassen ausgeführt: Der Schnitt wurde von der neunten linken Rippe aus, ein Centimeter nach innen vom knorpeligen Rippenbogen, gegen den Processus xiphoides zu, ausgeführt; er

Digitized by Google

war 7 Centimeter lang. Das Gewebe wurde schichtenweise durchtrennt; ein Netzvorfall wurde mittelst eines carbol. Schwammes reducirt. Der eingeführte Finger fühlte ganz leicht den Magen mit dem darin enthaltenen Fremdkörper; eine in die Hautwunde hereingezogene Magenfalte wurde eingeschnitten und die eiserne Gabel in der von dem Kranken angegebenen Lage gefunden und herausbefördert. Die Magenwunde wurde mittelst feiner Seide durch die umschlungene Naht geschlossen; die Bauchwunde wurde mittelst 3 tief gehenden Silbernähten und vier oberflächlichen Seidennähten vereinigt.

Verf. betont den grossen Nutzen der Magnete bei der Gegenwart von eisernen Fremdkörpern in den inneren Organen; er hebt hervor, dass die Magenwand nicht vorher an die Bauchwand angenäht wurde, sondern dass der Magen vorher sorgfältig zugenäht sich selbst überlassen wurde. Dr. P. K.

Die historische Entwickelung der Lehre über die Cysten des Kiefers. Von Hoderup (Kopenhagen). (Kjöbenhavn 1886. 80 Seiten)

Die Arbeit repräsentirt ein sehr interessantes und detaillirtes Studium über die Geschichte dieses pathologischen Zustandes, und ist sehr lesenswerth.

Nach H. ist Scultet der Erste, der im Armamentarium Chirurgicum (Ulma 1655) detaillirte Beobachtungen von „tumor cum folliculo in maxilla superiore" giebt.

Ein Oesophagusdivertikel. (A Case of Oesophageal Diverticulum.) Von Roswell Park in Buffalo. (Med Press of Western New-York, Vol. I, No. 4, pag. 183.)

Der Fall betrifft einen 20jährigen, heruntergekommenen Cigarrenmacher und wird vom Verf. als Tractionsdivertikel angesprochen.

A. Sch. (N.-Y.)

Société Française d'Otologie et de Laryngologie.

Très honoré et cher Confrère,

Conformément à l'article 12 du Statut-Reglement, le Comité, dans la séance du 2 Février courant, a décidé que la Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira en Session générale, à Paris, le Mercredi 13 Avril prochain, à 8 heures et demie du soir, à la Mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Messieurs les Membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette Session sont priés de vouloir bien prévenir Monsieur le Secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 10 Mars, rue d'Amsterdam, 72 bis.

Art. 29. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit et les communications faites en Français.

Le manuscrit doit être adressé au Secrétaire, ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu le lecture.

Art. 39. — Tout Membre qui, après deux avertissements officiels, aura laissé s'écouler une année entière sans verser entre les mains du Trésorier, le montant (15 francs) de sa cotisation, sera considéré comme démissionnaire.

Digitized by Google

M. le Docteur Ménière, Trésorier-archiviste, a transporté son nouveau domicile, 3 place de la Madeleine.

Paris, le 9 Février 1887.

Pour le Comité
Le Secrétaire: Dr. Moura.

Inhalt.

I. Originalien: Voltolini: Otitis media. Polyp im Mittelohr. Meningitis. Alter Abscess im Gehirn. Cholesteatom-Massen im Antrum mastoideum. Tod. Section. Zur Diagnostik und Behandlung der Gehirnabscesse. — Kiesselbach: Sägeschnitt zur Eröffnung des ganzen Canalis facialis. — Katz: Ueber forcirte Wasser-Injectionen in's Ohr. — Massei: Berichtigung. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Schmiegelow: Beitrag zur Beurtheilung der Häufigkeit von Ohrenkrankheiten unter den Schulkindern in Dänemark. — Steinbrügge: Doppelseitige Labyrintherkrankung während einer Cerebrospinal-Meningitis. — Steinbrügge: Labyrintherkrankung in einem Falle von Leukaemie. — Richley: Allgemeine Atrophie des leitenden Gehörapparates. — Sexton: Heilung eines Falles von chronischer Mittelohreiterung durch Exstirpation des Trommelfellrestes, des Hammers und des Ambosses. — Pooley: Ein Fall von Epitheliom der Ohrmuschel. — Joy: Epitheliom der Ohrmuschel. — Lauterbach: Ein in seiner Art einziger Fall von Verletzung des Ohrs. — Barr: Bruch eines kleinen Stückes des Trommelfellringes vom Schläfenbein beim Versuch, eine angeblich im Ohre befindliche Nadel zu entfernen. — Ayres: Ueber das künstliche Trommelfell. — Spear: Ein neuer Ohrtrichter. — Richards: Entzündung des Warzenfortsatzes mit Durchbruch an einer ungewöhnlichen Stelle. — b) Rhinologische: Schmiegelow: Ueber einige seltene Fälle von Perforation der Nasenscheidewand. — Lange: Einige Bemerkungen über Operation von Choanal-Polypen mit Angabe einer neuen Operations-Methode. — Hubbel: Congenitaler knöcherner Verschluss der Choanen. — Bayne: Bacillen des Rhinosclerom. — Bosworth: Deformities of the nasal septum. — Jarvis: Eine Fixationsnadel mit Leitharpune zum Gebrauch bei Operationen am Schwellkörper der Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Tissier: Die Bursa pharyngea in anatomischer und pathologischer Beziehung. — Boehler: Kritische Studie über die Angina von Ludwig. — Prévost: Lähmung des Armes nach einfacher catarrhalischer Angina. — Beall: Lähmung nach einfacher Angina. — Joal: Ueber das Zustandekommen der Orchitis und Ovaritis bei Mandelentzündung. — Barré: Ereigniss bei einer Mandelexstirpation. — Terrillon: Symptome der Mandelsteine. — Délie: Mandelsteine. — Giné: Diagnose des Blödsinns durch Untersuchung des Gaumens oder Uranostomatoscopia phrenopathica. — Périer: Chondrom der Parotis, in den Mund hereinragend. — Trélat: Epithelioma der Zunge. — Schiffers: Einseitige Zungenatrophie. — Semon und Horsley: Locale Einwirkung des Aethers auf die Larynxmuskeln. — Blanquinque: Latenter Croup, chronische Diphtheritis. — Hinkel: Ein Fall von Rachentuberculose. — Northrup: Bericht über 165 Fälle von O'Dwyerscher Intubation bei Larynxdiphtherie. — Lovett: Ueber die Ursachen, welche ein protrahirtes Verweilen der Tracheotomiecanüle nothwendig machen. — Darbouet: Retropharyngeale, auf syphilitischer Basis beruhende Drüsenaffection. — Blanc: Fremdkörper in den Luftwegen, Cocainisirung des Larynx. — Bertoge: Ecchondrosen und Exostosen des Kehlkopfes. — Masius, Closson und Schiffers: Bericht über die Leistungen der medicinischen Klinik der Universität Lüttich. — de la Sota y Lastra: Ueber Arthritis cricoarytaenoidea. — Coupard: Schleimpolyp und Blutcyste im Larynx. — Coupard: Blutcyste im Larynx. — De Blois: Ueber Kehlkopfoedem. — Edes: Foudroyantes Larynxoedem. — Souchon: Fall von Larynxoedem mit Tracheotomie. — Wagner: Drei Fälle von Thyreotomie mit guter Erhaltung der Stimme. — Braddon: Ein practischer Handgriff bei der Ausführung der Tracheotomie. — Souchon: Tracheotomie an einem scheintodten Kinde. — Koch: Einfluss des Laryngoscops auf die Diagnose der extralaryngealen Krankheiten. — Jarvis: Neue Methode zur Entfernung von infrachordalen Geschwülsten. — Gerster: Einseitige Larynxexstirpation mit einem Beispiel von Heilung. — Hope: Vorschlag einer neuen Behandlungsmethode paralytischer Larynxstenosen. — Stonham: Zwei erfolgreiche Fälle von Gastrotomie, einer zusammen mit Tracheotomie. — Polaillon: Extraction einer eisernen Gabel mittelst Magenschnitt. — Hoderup: Die historische Entwicklung der Lehre über die Cysten des Kiefers. — Park: Ein Oesophagusdivertikel. — Société française d'Otologie et de Laryngologie.

Die **otologischen** Beiträge und Referate beliebe man fortan an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, die **pharyngo-laryngologischen** dagegen an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Dr. **Boecker** (Berlin), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. Baden), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, März 1887.** **No. 3.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Einige Bemerkungen über die Anwendung von Milchsäure bei chronischer eitriger Mittelohrentzündung.

Von

Dr. **Victor Lange** (Kopenhagen).

Während die otiatrische Therapie in den letzten Zeiten in einigen Punkten schöne Fortschritte gemacht hat — man braucht nur die Fragen von der Paracentese des Trommelfells und von der Aufmeisselung des Proc. mastoid. zu nennen —, ist in der Behandlung verschiedener Ohraffectionen ein gewisser Stillstand eingetreten; nicht, dass man nicht gearbeitet und geschrieben hat, man hat nur keine wirklichen Fortschritte gemacht. Um ein prägnantes Beispiel zu nehmen, will ich die Behandlung der chronischen, uncomplicirten, eitrigen Mittelohrentzündung nennen. Für einige Zeit ist die bisherige Behandlung mit adstringirenden Mitteln durch die Einführung von Antisepticis, unter denen die Borsäure und Jodoform die grösste Rolle spielen, in Schatten gestellt worden. Obschon die Borsäure ein ungemeines und zwar in vielen Richtungen sehr berechtigtes Aufsehen gemacht hat, soll es hier nur erwähnt werden, dass die

Digitized by Google

Behandlung damit (wie mit den meisten pulverförmigen Mitteln) auch gewisse Gefahren in sich birgt. Das grosse Verdienst, die Aufmerksamkeit der Aerzte darauf gelenkt zu haben, gebührt dem Herrn Professor Schwartze, der in seinem in der otiatrischen Section bei der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin, September 1886, gehaltenen Vortrage gegen eine zu ausgedehnte Anwendung der Borsäure bei gewissen Formen der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung das Wort genommen hat. Augenblicklich befinden sich die Meisten eigentlich auf dem alten Standpunkte und wenden hauptsächlich die Lösungen der adstringirenden und ätzenden Mittel an. Unter diesen nimmt kein bestimmtes den souveränen Platz ein; so dass man sich bei der Behandlung jedes neuen Falles — ich spreche nur von den uncomplicirten — eigentlich in Verlegenheit befindet, welches Mittel man mit Aussicht auf einen guten Erfolg aus der bunten Mannigfaltigkeit auswählen soll. Ob die Ursache dieser Unsicherheit und Erfolglosigkeit darin zu suchen ist, dass die Schleimhaut der Trommelhöhle ein bestimmtes, noch nicht gefundenes Mittel fordert — was unwahrscheinlich ist — oder dass der krankhafte Zustand einiger Theile der Trommelhöhle unserem Auge entzogen bleibt, darauf näher einzugehen, ist hier nicht der Platz. Vorläufig bleibt nichts Anderes übrig, als immer neue Mittel zu versuchen, bis man das rechte oder die rechten gefunden hat. Eine nüchterne Prüfung, eben so weit vom Enthusiasmus wie vom Skepticismus entfernt, fördert allein die Sache. Weil es mir nicht bekannt ist, dass die Milchsäure bei der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung bis jetzt Anwendung gefunden hat, erlaube ich mir, meinen Collegen einige von mir gewonnene Erfahrungen über dieses Mittel in aller Kürze vorzulegen.

Wie bekannt, hat Dr. Hermann Krause in einem Artikel „Milchsäure gegen Larynxtuberculose“ (Berl. Klin. Wochenschr. No. 29, 1885) diesem Mittel eine besonders günstige Einwirkung bei der genannten Krankheit vindicirt und eine Reihe von schönen Resultaten veröffentlicht; seinen damaligen Standpunkt hat er noch später — in der laryngologischen Section bei der obengenannten Naturforscher-Versammlung — vollständig aufrecht gehalten. Die grosse Bedeutung des Mittels ist u. A. von Dr. Hering vollauf bestätigt worden. Durch die Erfolge, die diese wissenschaftlichen und bewährten Männer mit dem Mittel erreicht haben, ermuntert, fing ich gleich nach meiner Rückkehr von Berlin an, mit der Milchsäure Versuche bei der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung zu machen. Obschon diese also noch neueren Datums sind, nehme ich dennoch kein Bedenken, schon heute meine Erfahrungen mitzutheilen; durch die tägliche Anwendung in meiner Privatklinik in einer recht grossen Anzahl von Fällen habe ich den bestimmten Eindruck erhalten, dass das Mittel unter gewissen Umständen nützlich sein kann und von meinen Collegen geprüft zu werden verdient.

Der erste Fall, in dem ich die Milchsäure in Anwendung gezogen habe, war ein sehr veralteter, der schon mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden war; eine lineäre Necrose am Promontorium und ein fortwährendes Aufschiessen von Granulationen sowohl an dieser Stelle als auch über dem Proc. brev. konnten zu dauernder Heilung bisher nicht gebracht werden. Nach der Anwendung von 30pctger. Lösung von Milchsäure in 14 Tagen war die Necrose nicht mehr zu fühlen, die Granu-

Digitized by Google

lationen waren verschwunden, die Secretion hatte aufgehört und die Labyrinthwand war mit einem trockenen Ueberzug bedeckt, auf welchem man nur einen weissen Streifen am früheren Platze der Necrose entdeckte. Dieser gute Zustand ist unverändert geblieben; heute sieht man sehr deutlich eine leichte Vertiefung über dem Proc. brev., wo eine ziemlich grosse Vegetation früher über einer Necrose lag.

Ich führe nur diesen Fall als ein eclatantes Beispiel an; es ist meine Absicht nicht, durch eine detaillirte Statistik die Leser zu ermüden; ich werde mich darauf beschränken, das hervorzuheben, was ich bei der Anwendung des Mittels beobachtet und gelernt habe.

Nach meiner Erfahrung vertragen die Ohren sehr gut das Mittel; ich habe alle möglichen Lösungen geprüft, auch mit der concentrirten Milchsäure Aetzungen gemacht; die Schmerzen, die besonders durch die stärkeren Lösungen hervorgerufen werden, sind gewöhnlich rasch vorübergehend. Als Regel ist indess eine 15—30pctge. Lösung hinreichend. Auffallend ist mir ein Umstand gewesen, den ich hervorheben möchte. Während es nämlich recht häufig geschieht, wenn man die Behandlung einer chronischen eitrigen Mittelohrentzündung anfängt, dass eine Reaction eintritt (es ist oft blos nach recht ausgiebiger Ausspritzung der Fall), die sich durch eine vermehrte Secretion und die lästige, weil schmerzhafte, Anschwellung der Gehörgangswände äussert, ist solches nach der Milchsäure sehr selten vorgekommen. Die Behandlung fange ich jetzt als Regel mit einer 15pctgen. Lösung an; theils habe ich die Ohren mit Wattetampons, mit dem Mittel durchtränkt, abgewischt, theils Einträufelungen gemacht, d. h. nur einmal täglich, und zwar vorläufig auf meiner Klinik, um die Wirkung besser beobachten zu können. Nachdem diese Behandlung einige Tage ohne reactive Symptome gedauert hat, habe ich in den Fällen, wo ich eine erhebliche Verdickung der Schleimhaut und hervorgewachsene Granulationen vorgefunden habe, eine stärkere Lösung angewendet; wo das nicht der Fall gewesen ist, bin ich bei der schwächeren Lösung geblieben. Die ersten Erscheinungen, die nach der Anwendung hervortreten, sind gewöhnlich eine verminderte Secretion und baldiges Verschwinden des häufig anwesenden bösen Geruchs. Es tritt in nicht zu vorgeschrittenen Fällen eine merkwürdige Trockenheit bald ein. (Dieselbe fühlt man auch an den Fingerspitzen, wenn diese mehrmals täglich mit dem Mittel in Berührung kommen.) Die kleinen weichen und blutreichen Granulationen sehen nach der Anwendung stärkerer Lösungen weiss aus, weil sie mit einem dünnen Aetzschorf überzogen sind; sie schrumpfen gewöhnlich rasch ein. Dagegen habe ich auch nach dem Gebrauche concentrirter Milchsäure bei den derberen Vegetationen keine auffallende Wirkung zu notiren; nur nach der Verreibung derselben auf der Oberfläche dringt das Mittel leicht hinein und kann somit nützlich sein. Eine hämostatische Wirkung scheint mir das Mittel nicht zu haben; weder in den Ohren noch in den Nasenhöhlen — wo ich auch das Mittel mit bestem Erfolge unter ähnlichen Umständen wie in den Ohren gebraucht habe — habe ich eine Blutung sistiren gesehen. Es bildet sich eine schmutzige, schwarze Flüssigkeit, und besonders in der Nase habe ich nach ausgiebigen Einreibungen des Mittels recht lebhafte Blutungen getroffen. — Nach meinen bis heute

Digitized by Google

gewonnenen Erfahrungen scheint die Milchsäure für die acuten Ohrentzündungen nicht zu passen.

Schliesslich will ich nur darauf aufmerksam machen, dass die stählernen Instrumente von der Milchsäure angegriffen werden, weshalb es praktisch ist, für die mit der Säure getränkten Wattetampons separate Pincetten bereit zu haben.

Aus dem Gesagten wird es hervorgehen, dass sich mir die Milchsäure als ein gut unterstützendes Mittel bei einigen Formen der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung bewährt hat. Die Beobachtungsdauer ist indessen noch zu kurz, als dass ich über das Mittel ein endgiltiges Urtheil aussprechen darf. Ich habe mir nur die Freiheit genommen, meinen geehrten Collegen die von mir gewonnenen Erfahrungen zu weiterer Prüfung vorzulegen.

Ueber die Operation eines selteneren Kehlkopfpolypen.

Von

Prof. **Schrötter** in Wien.

Die Operationen der Neubildungen im Kehlkopfe haben seit der Erfindung der Laryngoscopie einen solchen Aufschwung genommen und diese selbst ist bereits glücklicherweise so sehr Gemeingut der Aerzte geworden, dass es über diesen Gegenstand kaum mehr etwas Wesentliches und Neues zu sagen giebt. Nichts desto weniger kommen doch unter der Masse der alltäglichen Fälle auch solche vor, die nach der einen oder nach der anderen Richtung ein grösseres Interesse darbieten. Da dies nun in dem sofort mitzutheilenden Falle in mehrfacher Weise stattfindet, so sei hiermit die Veröffentlichung desselben gerechtfertigt.

Die 61jähr. Schlossersgattin V. A. aus Salurn in Tirol wurde mir von Dr. Höffinger in Gries zugesandt. Mit Ausnahme einer vor einem Jahre überstandenen einmonatlichen Intermittens war die Kranke bis auf gegenwärtiges Leiden immer gesund.

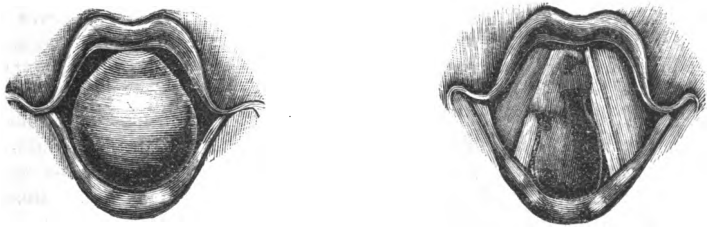
Vor 19 Jahren zog sie sich in Folge einer heftigen Durchnässung eine vorübergehende Heiserkeit zu, welche aber seither häufig wiederkehrte und endlich verblieb. Vor 5 Jahren wurde sie auf etwas „im Halse klappenartig Auf- und Niedergehendes“ aufmerksam, bald kam es auch zu Athembeschwerden, welche sich in dem letzten Jahre schon bei der geringsten körperlichen Anstrengung einstellten und schliesslich auch in der Nacht auftraten, besonders wenn Patientin in der Rückenlage einschlief. Sie giebt in ganz charakteristischer Weise an, dass sie dann plötzlich mit „stoppelknallähnlichen“ Hustenstössen erwachte und Anfälle von Erstickung bekam.

Es wird sich gleich zeigen, dass die geschilderten Erscheinungen in exquisiter Weise mit dem pathologischen Befunde in Uebereinstimmung zu bringen sind.

Da die ziemlich kräftig gebaute, aber abgemagerte Patientin an den übrigen Organen keine pathologischen Veränderungen nachweisen liess,

Digitized by Google

gehe ich sofort zum Befunde im Larynx über, wo das Bild, wie die beistehende Figur zeigt, ein höchst überraschendes war.



Sah man die Kranke zuerst zufällig im Momente des Exspiriums, so war die ganze Larynxhöhle von einer blassrothen, gelatinös-durchscheinenden, über kirschgrossen, schön abgerundeten Geschwulst eingenommen, welche nur die äusseren Theile der seitlichen Larynxwand freiliess. Beim nächsten Inspirium änderte sich das Bild sofort in der Weise, dass die ganze Geschwulst unter die Glottis hinabgezogen wurde und ein bandartiger Streifen, der mehr als die vordere Hälfte des rechten wahren Stimmbandes einnahm, den Ursprung des Tumors aus dem rechten Sinus Morgagni erkennen liess. Nun sah man, dass derselbe an seinem oberen Antheile eine nach vorne und über das linke Stimmband hinausreichende höckerige Oberfläche zeigte, und dass erst von hier aus der Hauptantheil des Tumors birnförmig in die Glottis herabhing, sie zum grössten Theile ausfüllend. Beim Hin- und Hergleiten des Tumors konnte man ungemein deutlich sehen, wie sich die bandartige Insertion desselben an der Kante des rechten wahren Stimmbandes abbog. Zunächst dem falschen Stimmbande war die Geschwulst am blassesten, der höckerige Antheil nach links hin röthlicher, der Hauptantheil von dem schon früher geschilderten Ansehen. Grössere Gefässe waren an derselben, wie dies sonst so häufig der Fall ist, nicht zu sehen.

Das Hin- uud Hergehen des Tumors war sehr deutlich von einem ventilartigen Geräusche begleitet, welches bei der Bewegung nach abwärts mehr schlürfenden Character hatte. Mit dem am Larynx aufgesetzten Stethoscope konnte man dasselbe ebenfalls sehr deutlich und mit einer gleichzeitigen Erschütterung des Kehlkopfes wahrnehmen, welche auf beiden Seiten gleich ausgeprägt war. Aussen am Halse konnte man bei jedem Inspirium ein Herabsteigen des Larynx und ein Einsinken des Jugulum und der Fossae supraclaviculares beobachten.

Wir hatten es also hier mit einer Neubildung im Kehlkopf von seltener Grösse zu thun, die mit Rücksicht auf ihr exquisit gestieltes Aufsitzen als wahrer Kehlkopfpolyp zu bezeichnen war und ihrer histologischen Natur nach ohne Zweifel zwischen Schleimpolypen und Fibrom stand. Da wir durchschnittlich im Jahre 30 bis 40 gutartige Neubildungen im Kehlkopfe sehen, welche meistens über die Grösse eines Kirschkernes oder einer grossen Erbse nicht hinausgehen, bildete dieser Fall durch seinen Umfang eine seltene Ausnahme. Zur Zeit, als ich anfing, mich mit der Laryngoscopie zu beschäftigen, sind mir viel öfter grosse Tumoren vorgekommen, als dies jetzt der Fall ist. Ich erkläre mir dies daraus, dass mit der fortgeschrittenen Aufklärung, mit dem

Digitized by Google

weitverbreiteten Zeitungswesen, die Patienten selbst in entfernten Gegenden sofort, wie sie in ihrem Halse etwas Pathologisches merken, Hilfe und zwar an richtiger Stelle aufsuchen und nicht erst ihren Tumor zu einer solch exorbitanten Grösse heranzüchten, wie dies bei unserer Kranken der Fall war. Ohne Zweifel hatte hier die Neubildung, wenn auch nicht schon die ganzen neunzehn, doch gewiss schon viele Jahre bestanden, und anfangs nur die nicht besonders beachtete Heiserkeit verursacht. Erst, als sie über die Kante des Stimmbandes hinabhing, wahrscheinlich auch jetzt wegen des gehemmten Rückflusses des Blutes schneller zu wachsen begann und das Gefühl des Hin- und Hergehens verursachte, wurde die Kranke auf ihren Zustand aufmerksam gemacht. Sie liess auch nicht ab, bis sie endlich die richtige Hilfe gefunden hatte. Denn der Arzt in ihrer Heimath, der nicht laryngoscopiren konnte, schenkte ihren Aussagen keinen Glauben, und erst Dr. Höffinger gab ihr jene Aufklärung, welche sie mit den von ihr gefühlten Erscheinungen in Zusammenhang zu bringen vermochte.

Es wurde gleich am ersten Tage des Erscheinens der Kranken mit Einübungen auf Sondenberührung des Kehlkopfs begonnen, welche ich auch jetzt noch in der Zeit des Cocain, wenn irgend möglich, durch ein Paar Tage ausführen lasse, weil mich die Erfahrung belehrt hat, dass sie den Kranken immer sehr beruhigen, indem er mit den ganzen Manipulationen, von denen er doch keine richtige Vorstellung hat, viel vertrauter wird, und uns dadurch das therapeutische Vorgehen wesentlich erleichtert fällt.

Man hätte nun hier in mehrfacher Weise vorgehen können. Erstens mit dem Messer den Stiel des Tumors zunächst der Kante des falschen Stimmbandes allmählig durchtrennen. Hierbei hätte es geschehen können, dass der abgetrennte Theil in die Tiefe gefallen wäre, bei der bedeutenden Grösse desselben vielleicht gleichbedeutend mit Suffocation. Zweitens hätte man mittelst der Kehlkopfspincette mit horizontalgestellten, mit scharfen Zähnen versehenen Branchen den Stiel, allmählig von rück- nach vorwärts gehend, durchquetschen können. Dieses Verfahren, das wir so häufig bei kleineren Tumoren mit bestem Erfolge anwenden, würde auch hier sicherlich zum Ziele geführt haben, doch sehr umständlich gewesen sein, und bei der bedeutenden Schwere des Tumors hätte es auch geschehen können, dass derselbe in die Tiefe gefallen wäre. Drittens musste man wohl sofort an die, und zwar galvanocaustische, Schlinge denken. Mit der kalten Schlinge würde man sicherlich nicht im Stande gewesen sein, den Stiel zu durchquetschen, über dessen Festigkeit man sich selbst bei den labilsten Tumoren meistens täuscht. So verlockend es nun auch bei den gestielten Tumoren ist, den Versuch zu machen, einen solchen auf einen Zug mit der Schlinge abzutragen, so muss ich gestehen, dass ich, obwohl ich selbst schon vor Jahren ein solches Instrument angegeben habe, doch kein Freund dieser Operationsmethode bin. Die Hauptgründe sind der grössere Reiz, den gerade der feine Draht gegenüber den gröberen Instrumenten im Larynx ausübt, ferner das leichte Verbiegen weicher Schlingen, welche man erst wieder in die richtige Stellung bringen kann, nachdem man das Instrument aus der Larynxhöhle entfernt hat. Verwendet man stark federnden Draht, welcher beim Herumführen um den Tumor durch Anstossen an

Digitized by Google

irgend einen Theil aus seiner Lage gebracht, dann, wieder frei geworden, in die gewünschte Stellung zurückschnellt, so verursacht gerade dies immer einen grösseren Reiz.

Jetzt aber, wo wir mit dem Cocain meist eine vollständige Anaesthesie hervorbringen können, wollte ich doch den Versuch machen, den Tumor auf diesem Wege zu entfernen. Nun war aber noch eine Schwierigkeit zu überwinden. Es konnte leicht geschehen, dass die mit der Schlinge glücklich gefasste und abgetrennte Geschwulst derselben entgleiten und ad inferos fallen würde. Um dies mit Sicherheit zu verhindern, konnte man ein von mir bereits im Jahre 1870*) angegebenes, an einem Faden befindliches 8förmiges Häkchen oder eine feine Pincette benutzen. Das Häkchen, das ich schon bei anderen Operationen, namentlich zu dem Zwecke benutzt hatte, um weiche Geschwülste anzuspannen und dann sicher auf deren Stiel einzuschneiden, wäre wohl nur gut vor dem Eingehen mit der Schlinge anzupassen gewesen. In diesem Falle hätte man die Schlinge um den ganzen Faden, das Häkchen und den Tumor herumführen müssen, was jedenfalls sehr complicirt gewesen wäre. Ich entschloss mich daher, mit dem einen oder anderen Instrumente, je nach der Sachlage, erst einzugehen, wenn die Schlinge um den Tumor herumgeführt war.

Am 16. December wurde die Patientin mit der 20pctgen. Cocainlösung gründlich im Larynx, soweit derselbe frei war, beim Herausziehen des Instrumentes auch etwas im Pharynx gepinselt. Bei der vollständigen Anaesthesie, die nach einer Minute eintrat, gelang es leicht, die an meinem kleinen galvanocaustischen Griffe befestigte Eisendrahtschlinge um den Tumor herumzuführen. Als ich aber dieselbe verkleinerte, zeigte sich, obwohl ich sie möglichst nach rechts andrückte, dass sie nicht vollständig am Ursprunge des Stieles anlag. Ich glaube aber, dass dies gar nicht zu erreichen war; denn bei der beträchtlichen Breite des Stieles von vor- nach rückwärts musste sich dessen Masse an der Einschnürungsstelle zusammenfalten, um so mehr als ja hier und nach vorne hin noch eine beträchtliche höckerige Auftreibung vorhanden und so ein günstigeres Fassen gar nicht möglich war. Da sich die Patientin vollkommen ruhig hielt, nahm ich einfach eine feine Kehlkopfhakenpincette, fasste mit derselben den freien Theil des Polypen, überzeugte mich nochmals mit dem Spiegel, dass die Schlinge, welche ich mittlerweile meinem Assistenten zu halten gegeben hatte, gut lag, liess nun den Spiegel fallen und nahm in die linke Hand das galvanocaustische Instrument, in die rechte die Pincette, schloss, also mit dem Zeigefinger der linken Hand, den Strom, und der Tumor war mit seinem grössten Antheile mittelst der Pincette herausgeholt. Dieses Stück betrug im längeren Durchmesser 21 mm, im kürzeren 12 mm. (Diese Maasse sind erst gewonnen, nachdem der Tumor bereits zwei Tage in Müller'scher Flüssigkeit gelegen war.) Nun galt es aber, den immerhin noch ziemlich grossen Rest, der mit einem Zipfel nach rückwärts sah, zu entfernen. Auch dies gelang mit der Schlinge, natürlich leichter als bei der ersten Operation, aber wegen dem breiten Aufsitzen des Restes erst nach dreimaligem Eingehen. Nach dem ersten Eingehen entfiel das abgetragene Stück der Schlinge und

*) Laryngologische Mittheilungen. Wien, Braumüller. 1871.

Digitized by Google

wurde von der Patientin ausgespuckt. Jetzt war dieselbe aber bereits empfindlich geworden, sie musste wieder anaesthesirt werden, worauf es gelang, neuerdings einen Theil des Polypen zu entfernen, der aber diesmal an der Epiglottis hängen blieb, und als ich ihn mit der Pincette herausholen wollte, in den Sinus pyriformis fiel und dort verschwand.

Bei dem letzten Eingehen, bei dem ich die Schlinge so weit als möglich nach aussen gedrückt hatte, konnte ich bereits, nachdem ich den Strom geschlossen hatte und das Instrument hob, die ganze freie Fläche des rechten wahren Stimmbandes sehen, es war somit Alles entfernt. Die Anästhesie gestattete noch eine gründliche Cauterisation mit Argent. nitric. in den Sinus Morgagni hinein, resp. an die untere Fläche des falschen Stimmbandes, von wo der Polyp unzweifelhaft ausgegangen war. Während der ganzen Operation wurden nur ein Paar blutige Sputa ausgeworfen. Die Glottis klaffte beim Intoniren in Form einer ovalen Spalte in ihrem ligamentösen Antheile.

Die microscopische Untersuchung ergab, dass der Tumor an seiner Oberfläche mit stellenweise mehrschichtigem Cylinderepithel bekleidet ist. Seine Hauptmasse bildet ein lockeres, aus Wellenfasern bestehendes, reichliches, vascularisirtes Bindegewebe, in welchem sich einzelne ziemlich ausgedehnte Anhäufungen runder Zellen vorfinden. Hier und da finden sich Gruppen querdurchschnittener, mit Cylinderepithel ausgekleideter Drüsenschläuche, er ist also ein fibröser Polyp, mit adenoidem Gewebe durchsetzt. Ueber die Grösse des Tumors habe ich nichts mehr zu sagen. Was die Operation anbelangt, so zweifle ich nicht, wie ich ja schon oben angegeben, dass man dieselbe in verschiedener Weise hätte ausführen können. Immerhin aber wäre es nothwendig gewesen, Schutzmassregeln gegen das Entfallen des grossen Tumors zu treffen. Zwei kleinere Theile desselben waren ja in der That nach der Durchtrennung entschlüpft, der eine ausgehustet, der andere verschluckt worden, aber selbst wenn sie in die Trachea gefallen wären, hätte dies bei der relativen Kleinheit derselben nichts zu sagen gehabt, wäre aber bei der grossen Geschwulst gewiss nicht gleichgiltig gewesen.

Das Klaffen der Glottis nach der Entfernung von Tumoren, die durch lange Zeit zwischen den Stimmbändern eingeklemmt waren, habe ich schon oft gesehen. Es hat dies einen verschiedenen Grund. Bei kleinen Tumoren konnte ich mitunter geradezu eine umschriebene Vertiefung am Rande des Stimmbandes der anderen Seite sehen, dort wo der Tumor beim Intoniren andrückte. Hier handelt es sich gewiss um einen umschriebenen Schwund der oberflächlichen Theile. In unserem Falle dürfte es sich aber viel wahrscheinlicher um eine Atrophie, zum mindesten um eine Parese des M. thyreo-aryt.-int. handeln, der durch die vielen Jahre nur unvollkommen functioniren konnte und somit in seiner Ernährung leiden musste.

Die Kranke eilte in ihre Heimath zurück; ich bin daher vorläufig ausser Stande, zu sagen, ob auch in diesem Falle, wie in so vielen, die ich beobachtete, eine vollständige Wiederherstellung im Schlusse der Glottis eingetreten ist. Die Reinheit der Stimme der Kranken war zur Zeit der Entlassung selbstverständlich noch durch die Aetzung beeinflusst, der Athem aber vollständig frei.

Digitized by Google

Zur Therapie der Respirationskrankheiten.

Von

Dr. **Friedrich Krauss**, pract. Arzt in Winnenthal (Württemberg).

So dankbar der Unterzeichnete die bedeutenden Fortschritte in der Erkenntniss und Behandlung vieler Krankheiten der Athmungswege, insbesondere der Nase, der verschiedenen Theile des Halses etc. anerkennt (wie er sich denn auch stets, so weit und so gut es seine Fähigkeiten und die besonderen äusseren Verhältnisse seiner ausgedehnten ländlichen Praxis erlaubten, bestrebt hat, die Errungenschaften unserer besten wissenschaftlichen Beobachter und Specialisten für seine Patienten sich zu Nutze zu machen), so wenig kann er sich der Ueberzeugung verschliessen, dass eine Methode der Behandlung jener zahlreichen Krankheiten, und zwar vielleicht nicht etwa die schlechteste, sondern höchstens die älteste, gegenüber der durch die Natur der Sache freilich nur zu sehr bedingten und naheliegenden localen, topischen, von vielen Seiten neuerdings gar zu geringschätzig behandelt und bei Seite gesetzt worden ist, ich meine die allgemeine, krisenbefördernde, mit anderen Worten: die der indicatio morbi entsprechende. Ich wiederhole es: auch ich bin, schon vermöge meiner modernen medicin. Bildung — zähle ich doch erst 26 Jahre — ein Gegner des alten Schlendrian, der z. B. den Patienten mit einigen Sprüchen vertröstet, wie: „ein Schnupfen braucht seine Zeit, er heilt, wenn man etwas dafür thut, in 4 Wochen, und wenn man nichts thut, in 28 Tagen", und wie dieser sokratischen Kernsprüche mehr unter dem leider nur allzu gläubigen Volke cursiren, oder der im besten Falle dem Patienten „Schonung vor rauher Luft resp. Erkältung" und eine Dosis Pulvis Doweri oder eine Saturation zu verordnen beliebt. Auch ich lege auf eine genaue, gründliche Localuntersuchung und Localbehandlung nach neuerem Styl weitaus in den meisten Fällen das Hauptgewicht. Jedoch gehe ich für viele Fälle nicht allzusehr in's Einzelste, was ja besonders den Jüngeren gar zu leicht verwirren und dahin führen kann, dass er schliesslich „vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sieht", wie Voltolini in seinem berühmten Buche sagt. Ich schlage die goldene Mittelstrasse ein und lege einen grossen Werth 1) auf die Inspection, den Gesammteindruck, den mir ein Patient beim erstmaligen Besuch einflösst, 2) auf die Anamnese. Wohl jeder vielbeschäftigte Practiker, der, wie ich, seine Hauptthätigkeit auf dem Lande hatte, wird mir beistimmen, dass mindestens die Hälfte der gewöhnlichsten Nasen- und Halskrankheiten auf Witterungseinflüsse (Erkältung) oder schon vorhandene anderweitige organische Leiden des Körpers resp. constitutionelle Störungen zurückgeführt werden können, ja müssen, und vielleicht nur die kleinere Hälfte auf zymotisch-infectiöse Processe. Wie leicht lassen sich übrigens auch beide Noxen combinirt, evtl. vorbereitend, denken?! In der Art, dass durch einen grellen Temperaturwechsel bei mangelhafter oder fehlerhafter Bekleidung, bei einem kalten Trunke in der Ernte (der ja bekanntlich stets und überall eine grosse Rolle spielt) in einem schon constitutionell geschwächten Organismus ein Locus minoris resistentiae „durch den gestörten Antagonismus oder Consensus zwischen äusserer Haut und Gefäss-System einer- und der Schleimhaut andererseits" (um mich etwas

Digitized by Google

altväterisch auszudrücken) geschaffen wird, den dann das stets zur Invasion bereite Schizomycetenheer um so lieber in Beschlag nimmt.

Aus eigenster Erfahrung weiss ich sehr wohl den Unterschied beider Entstehungsweisen zu würdigen und die Verschiedenheit in der Behandlung derselben danach einzurichten.

Als rein catarrhalisch-rheumatisch muss ich die Krankheitsanfälle bezeichnen, welche mich selbst wiederholt während des Spätjahres und Frühjahres heimsuchten und sich in Form von acuter resp. subacut recidivirender Rhinitis mit anfänglicher namentlich Nachts höchst belästigender trockener Schwellung der Nasenschleimhaut und der Nasenmuscheln, später vermehrter Schleimsecretion, viel Niesen, consecutiver Epiphora und Conjunctivitis simplex, Excoriationen der Haut des Naseneingangs und dem übrigen, jedem Kinde bekannten Bilde des acuten „Schnupfens" äusserten. Gewöhnlich nahm an dieser catarrhal. Entzündung auch bald oder fast gleichzeitig die rechte Tuba Eustachii und Pauke, das Cavum oro-pharyngo-nasale, die Tonsillen, wenigstens die rechte, mehr oder weniger auch die gesammte Mundschleimhaut, Zunge, theil; später zog der „Catarrh" nach abwärts auf den Larynx, machte jenen unerträglichen Kitzel und Hustenreiz daselbst, wanderte dann nach der Trachea, den Bronchien, setzte sich hier fest und erzeugte den bekannten schmerzhaften, die ganze Brust zerreissenden Husten, um sich endlich nach 3 bis 4 Wochen „von selbst" oder vielmehr unter der jeweils eingeleiteten „Behandlung" per lysin zu verlieren, nicht ohne jedes Mal eine gewisse „Schwäche", „Laxität der Faser", Disposition zu einer bald wiederkehrenden Attaque zu hinterlassen. Die ganze Autoanamnese, sowie die Begleiterscheinungen und namentlich die conclusio e juvantibus et nocentibus rechtfertigten stets meine Behauptung, dass diese Form, im Gegensatz zu der weiter unten zu besprechenden infectiösen Form, eine rein catarrhalische war. Dies konnte ich einmal besonders „schön" (freilich nur im ironischen, fachwissenschaftlichen Sinne) beobachten, als ich von einer ermüdenden und im höchsten Grade anstrengenden Tour, wobei ich wegen des bergigen Terrains und zur Schonung meines Pferdes ganze Strecken zu Fuss im raschesten Tempo neben der Chaise hergegangen war, heimkehrte. Ich triefte vor Schweiss, legte gleich den schweren Mantel ab, trank bald darauf ein Glas Bier und legte mich zu Bette, da ich trotzdem kalte Füsse hatte. Mein Puls ging sehr rasch, mein Kopf war siedend heiss und schmerzte. Wie immer schlief ich, trotz der vorgerückten Jahreszeit, bei offenen Fenstern, in eiserner Bettstatt, kaltem Bett und ungeheiztem Zimmer, nur meinen Mantel noch über die wollene Bettdecke hergebreitet. Sogleich begann ich zu fiebern, es schüttelte mich gewaltig, dass mir die Zähne klapperten und ich mich dichter in die Decke einhüllte. Nach einer sehr unruhigen Nacht erwachte ich andern Morgens, trotz des sehr kühlen Zimmers, in Schweiss gebadet, mein Athem war sehr beschwerlich, mein Puls über 100, um die Brust hatte ich einen stechenden, drückenden Schmerz, wie einen Gürtel oder Reif, so dass ich kaum schnaufen konnte (Rheumatismus der Intercostales), der Nacken war steif und jede Drehung und Bewegung des Kopfes sehr schmerzhaft (Rheumatismus der Nackenmuskeln), der Urin sehr hochgestellt, dunkelroth, saturirt und spärlich.

Diese Erscheinungen hielten fast 8 Tage lang an, um so mehr, da

Digitized by Google

ich mich nicht schonen konnte und elend weiter plagte oder vielmehr schleppte. Sie standen im offenbaren Connex oder Antagonismus mit einem sich anschliessenden Catarrh der Luftwege. Da zugleich gastrische Zeichen vorhanden waren (Appetitlosigkeit, Verstopfung, Eingenommenheit des Kopfes und Uebelsein), so nahm ich meine Zuflucht zum altbewährten Linctus emeticus Hufelandi, ℞ P. r. Ipecae ϑj, Tart. stibiat. gran ij, aqu. dest. ℥j, syrup. rub. Idaei ℥j umgeschüttelt ¼stdl. 1 Essl., der eine Menge von Sordes gastricae, d. h. saurem Schleim und Galle, entleerte und eine reichliche Schweisssecretion einleitete, überhaupt aber „die Intensität der Krankheit, des Fiebers, brach" und „umstimmend" im besten Sinne wirkte. Unmittelbar darauf half sich meine Natur, wie gewöhnlich, noch durch eine „Darmkrise", d. h. durch reichliche wässrige Diarrhoe, ich verfiel ganz ermattet und erschöpft in einen tiefen, erquickenden Schlaf, aus dem ich bedeutend gebessert erwachte. Der Kopf war freier, das Uebelsein verschwunden, die Athmung ging leichter vor sich, der noch restirende Catarrh nahm unter einer gewöhnlichen leichten und milden Localbehandlung (Nasenbäder, Gurgelungen mit schwachen Adstringentien und Alkalien) seinen normalen Verlauf, das Fieber fiel stetig ab, Fussbäder (mit lauwarmem Kochsalzwasser) mit folgender Frottirung, Bettwärme (die ja überhaupt merkwürdig ausgleichend und regulirend auf den Haushalt des menschlichen Körpers zu wirken scheint), Trinken von warmem, schweisstreibenden Thee (Infus. flor. Tiliae, Verbasci et primular. veris offic. āā) vollendeten die Cur.

Ich kann die Herren Collegen versichern, dass mir diese einfachen und so naheliegenden Mittel, wie zweckmässigere, wärmere Bekleidung, derivirende, reizende Fussbäder (ca. ℥ij Semen sinapis albae oder nigrae auf 1 Kübel Wasser, kalt angerührt und dann erst heisses Wasser nach Bedarf zugegossen, da sonst das Ferment extingirt würde), mit Asche, Kochsalz u. dergl., desgleichen warme (25—28° R.) Vollbäder im warmen Zimmer mit nachfolgender kühler Regendouche oder Brause und Frottirung des ganzen Körpers, Brechmittel, schweisstreibende Theee oder Ptisanen, Diaphoretica, wie Spiritus Mindereri ℥iij, davon alle 2 Std. 1 Essl. auf 1 Tasse Flieder- oder Hollunderblüthenthee (flores Sambuci nigrae) oder, aber erst nach vorheriger gründlicher „Reinigung der ersten Wege", d. h. des Magendarmcanals durch Emetica und lw. Clysmata (nicht Laxantia), einige Dosen Pulvis Doveri nicht nur bei diesen gewöhnlichsten aller Catarrhosen und Rheumatosen als alleiniges, sondern auch bei denjenigen, welche κατ' ἐξοχήν eine speciell locale Behandlung erfordern, als Adjuvans oder Praeparans der Cur die erspriesslichsten und raschesten Dienste geleistet haben — nämlich bei den acuten oder subacuten catarrhalischen (und selbst noch schwereren, eitrigen, mit heftigen, entzündlichen Schmerzen einhergehenden) Mittelohrentzündungen. Es gewährt ein überraschend wohlthuendes Gefühl, bis an's Hinterhaupt unter dem warmen Wasser zu liegen und beide Ohren nebst Gehörgängen und Trommelfell den Einwirkungen des unendlich reizmildernden Wassers auszusetzen. Ich bin überzeugt, dass selbst bei periostitis processus mastoidei, vor der ja unbedingt vorzunehmenden Wilde'schen Incision resp. Perforation, mit diesen warmen Vollbädern noch Manches sich erreichen liesse, und wer je Gelegenheit gehabt hat, das Jammergeschrei und die rasenden, verzweifelten Schmerzen solcher Patienten Tag und

Digitized by Google

Nacht mit anzuhören oder zu sehen, wird dankbar dieses letzte Mittel probiren, das vor den Narcoticis so Manches voraus hat, Hirudines und Einreibungen mit Ungt. ciner. oder Jod aber nur um so wirksamer zu machen geeignet ist. Wie schwer hält es doch, im Gegensatz zu obigen verhältnissmässig einfachen und dem gemeinen, um ca. 100 Jahre in der medicinischen Cultur zurückgebliebenen Manne sofort einleuchtenden Mitteln, denselben zur Vornahme der Nasenpinselungen, Nasendouchen, Inhalationen und gar der Galvanocaustik und wie alle die modernen, „rationellen" Methoden heissen, zu bewegen! Von dem Kostenpunkt will ich gar nicht reden, der Bauer will heute noch „sein Recept" und die nöthigen Verhaltungsregeln kurz und bündig vom Arzte für 50 Pf. bis 1 Mark, was darüber ist, das hält er vom Uebel und für unnütz. Und wozu auch mit Kanonen nach Spatzen schiessen, oder den Teufel mit Beelzebub austreiben?! Ich kann es lediglich als eine der in neuerer Zeit ziemlich häufig werdenden „Verirrungen der Kunst" bezeichnen, wenn man für jede acute Coryza mit dem theuren und unnöthigen Cocain spritzt, oder gar so differente Mittel wie Atropin anwenden will. Versuche man doch zuerst obige Mittel und dann, wenn diese im Stiche lassen, wird es wohl in den meisten Fällen noch Zeit genug sein, zu anderen complicirteren zu greifen.

2) Die infectiöse Form macht sich weniger durch unverhältnissmässig hohes Fieber, als durch die (ja wohl meist nachweisbare) Aetiologie, sie in dem und dem Hause, Dorf, oder an dem und dem Krankenbette acquirirt zu haben, durch allgemeine Prostration, Müdigkeit und geistige Unlust und Indisposition, sowie nicht selten durch wirklich anatom. differenzirtes Verhalten geltend. Die Dauer ist, nach Grad und Art der Infection, individueller Reaction des Organismus auf und gegen das eingedrungene Gift, angewandter Therapie und noch manchen anderen mehr weniger bekannten Factoren, worunter ich auch das Clima, die Ernährung, die Jahreszeit und Gewöhnung rechne, sehr verschieden, ebenso natürlich die Prognose, die im Durchschnitt wohl erheblich schlechter als bei No. 1 ist.

Lassen Sie mich, geehrte Herren Collegen, statt weiterer theoretischer Auseinandersetzungen, wiederum meinen eigenen „Fall" kurz erzählen. Während einer äusserst bösartigen, echten Diphtherie-Epidemie im Dorfe Wiedersbach vom April 1884 bis über den Schluss des Jahres hinaus, wobei ich oft übermenschliche Strapazen mit jugendlich ungewohnten Kräften zu überwinden hatte und Tag und Nacht aus den Sorgen nicht mehr herauskam, traf es sich, dass ich, gemüthlich und körperlich schon ziemlich herabgebracht, ziemlich zu Schluss der Epidemie noch in eins der letzten befallenen Häuser zu einem 7jährigen kranken Mädchen gerufen wurde. Schon beim Eintritt in die kleine, niedrige und dürftige Wohnung drang mir ein unausstehlicher, pestilentialischer Geruch entgegen: es waren die Emanationen dieses Kindes aus Nase und Isthmus faucium, welche über und über mit faulenden, gangränösen Pseudomembranen überzogen und ausgefüllt waren. Ich untersuchte, so gut es nur irgend an dem schon sehr comatösen, röchelnden, sich aber dabei im Halbschlaf doch noch verzweifelt wehrenden Mädchen ging, mit Spiegeln und Trichtern sowohl Nase als Hals, reinigte mit Spritzen und Wasserdampf, antisept. Pinselungen u. s. w. so gut als möglich alle Hohlräume,

Digitized by Google

verordnete fortgesetzte Inhalationen, Analeptica subcutan und innerlich, allein dessen ungeachtet ging das Kind noch in der Nacht, wie vorauszusehen, zu Grunde, jedenfalls nicht an unmittelbarer Erstickung (wenigstens nicht vom Larynx aus), sondern an Sephthaemie (NB. diese Schreibweise ist die einzig sprachlich richtige) und Paralysis cordis. Dabei fasste ich mir — ich schäme mich nicht es zu gestehen, da ich deswegen doch meine Pflicht treu erfüllte — einen solchen Ekel und inficirte mich dermaassen, dass ich, kaum das Haus verlassend, einen ekelhaften Geruch und Geschmack im Munde und einen stechenden „Anflug" in der Nase, am Septum, spürte und gleich sagte: „so, da habe ich diesmal meinen Treff bekommen". Trotz Ausschwenken mit Wasser und Cognac bekam ich bald, nach Hause zurückgekehrt, einen Schüttelfrost, Kopfweh, heftiges Erbrechen, Diarrhoe, Fieber, Nasen-, sowie Schlingweh. Ich war todtmatt und bereitete mich gänzlich resignirt auf mein Ende vor, nur froh, endlich einmal von den übermenschlichen psychischen und physischen Strapazen einer Diphtherie-Epidemie durch einen sanften oder schmerzlichen Tod erlöst zu werden. Ich wandte gar nichts an, ausser Wasser, legte mich zu Bette und überliess mich meinem Schicksale, sagte auch Niemand etwas davon. Eine im Verlauf der nächsten 8 Tage eintretende Darm- und Hautkrisis (Diarrhöen und Schweisse) haben mir auch diesmal das Leben gerettet. Aber grosse Schwäche und Hinfälligkeit blieb mir noch lange zurück.

Ich würde bei Anderen diese Form der Rhinitis und Angina infectiosa (diphtherica) s. contagiosa — die als solche wohl keiner der Herren Collegen bestreiten wird — ganz nach den von mir in einer anderen Zeitschrift gegebenen Regeln und Methoden behandeln: streng local, antiseptisch — und daneben allgemein antifibril, tonisirend, excitirend, roborirend — unter Umständen auch diaphoretisch. Besonders grossen Werth lege ich auf die Ammoniacalia innerlich (liquor ammonii anisatus, liq. amm. carbonici, ammonium chloratum ferratum u. s. w.), sowie auf die Aqua chlori, die ich vielfach anwandte, auf wessen Empfehlung hin weiss ich nicht mehr, von mir ist dies Mittel nicht erfunden, wie ich es ausdrücklich bemerke, aber neu ist es auch nicht, dagegen nur gut.

Und hiermit genug. Ich wollte nichts Neues geben, nur das gute, alte Gold vor der Vergessenheit bewahren.

Luc'scher Schlunderweiterer zum Besichtigen des Nasenrachenraumes. (Modification des Voltolini'schen Gaumenhakens.)

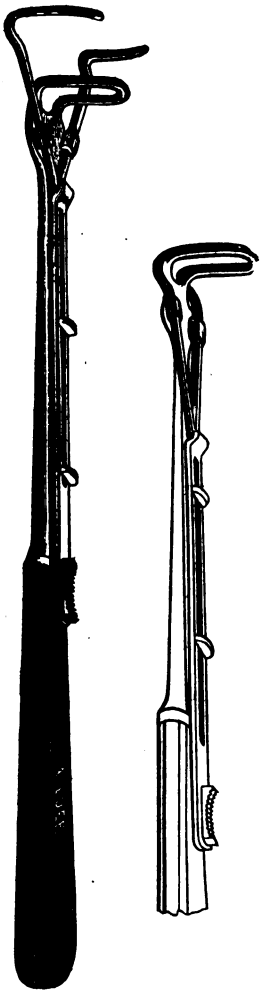
Von

Dr. **Luc** in Paris.

Dieses Instrument ist nur eine Modification des von Voltolini erfundenen Hakens, den Zapfen und das Gaumensegel vorwärts zu ziehen.

Darin besteht die Modification, dass dem Voltolini'schen Instrument zwei Schenkel beigefügt worden sind, vermittelst eines Schiebers beweglich gemacht, der längs der Stange des Hakens gleiten kann. Wenn das Instrument zugemacht wird, werden die Schenkel mit dem

Digitized by Google



Haken vereinigt. In dieser Stellung hat man den letzten hinter das Gaumensegel hineinzuführen, um es so weit wie möglich vorwärts zu ziehen. Nachher wird der Schieber in entgegengesetzter Richtung getrieben und zu gleicher Zeit weichen die Schenkel von einander ab und bilden dadurch eine dreieckige Oeffnung, die nach vorne von dem Zapfen und nach den Seiten von den Säulen begrenzt wird. Es genügt dann, einen grossen laryngischen Spiegel unter den Erweiterer gehörig zu stellen, um den Nasenrachenraum genau untersuchen zu können.

Auf den ersten Schlag kann man bei den duldsamen Kranken jene Untersuchung unternehmen. In den verschiedenen Fällen genügt es, die Schleimhaut des Pharynx und im Besonderen die der Oberfläche des Segels mit einer concentrirten Lösung von Cocaïn zu pinseln, die Auflegung des Instruments leichter zu machen.

Beim Modificiren des Voltolini'schen Hakens hat sich Luc vorzüglich vorgenommen, die krampfartige oder mechanische Annäherung der Säulen zu hindern, die den grössten Nachtheil dieses Instruments bildet. In der That vermindert jene Annäherung den Raum zur Untersuchung quer, indem man ihn nach vorne verlängert. Mittelst der Luc'schen Modification wird jener Raum nach allen Richtungen vergrössert.

Das eben beschriebene Instrument kam dem Verfasser sehr zu Statten:

1) Um das Pharynx-Gewölbe zu besehen und die topische Behandlung der Krankheiten der Bursa pharyngea auszuführen.

2) Um die drüsenförmigen Wucherungen des Nasenrachenraums aufzusuchen und ihren Einpflanzungssitz genau zu bestimmen, besonders nachdem man den grössten Theil derselben weggenommen hat und das festzustellen wünscht, ob die Operation eine Radicalcur erzeugt hat*).

Instrumente nach Dr. Krause.

1) Fixirbarer Gaumenhaken, welcher durch Gegendruck gegen die Oberlippe fixirt wird. Der Haken, nach vorn über die oberen Schneidezähne hinaus verlängert und nach oben winklig abgebogen, trägt eine mit Gummi belegte, gegen die Oberlippe zu pressende, frei beweg-

*) Das Instrument wird bei Instrumentenmacher A. Lüer in Paris, 6 Rue Antoine Dubois gefertigt; es kostet ca. 22 Francs. V.

Digitized by Google

liche Pelotte, welche durch eine schnell laufende Schraube bewegt, auf die Lippe einen beliebig starken Druck ausübt, um das Gaumensegel in der erwünschten Entfernung von der hinteren Rachenwand zu halten und festzustellen. Durch diese Vorrichtung wird der Gaumenhaken den, unruhige Evolutionen des Gaumensegels nothwendiger Weise begleitenden und die Sensibilität steigernden Bewegungen der Hand des Operateurs entzogen und in einer nach den bisherigen Erfahrungen den Patienten sehr wenig belästigenden Weise festgestellt; ausserdem wird eine Hand frei, resp. ein Assistent entbehrlich, und der Operateur von dem Kranken unabhängiger. In den meisten Fällen ist bei Anwendung dieses Instrumentes ein Zungenspatel überflüssig und Spiegelgrösse bis No. 4 verwendbar. Nach vorheriger Cocainisirung der pharyngonasalen Fläche des Gaumensegels wird der so fixirte Haken länger als 20 Minuten ununterbrochen ertragen, und kann in derselben Sitzung nach kurzer Pause ohne wiederholte Application des Cocains auf kürzere oder gleiche Dauer immer wieder angelegt werden. Zu starke Anspannung des Gaumensegels ist zu vermeiden. Das Instrument wird in zwei verschiedenen Grössen für Erwachsene und Kinder gefertigt.

2) Gekrümmter, am vorderen Ende stark verdünnter und federnder Trocar, zur Eröffnung der Oberkieferhöhle, conf. Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 9. März d. J. (Berliner klin. Wochenschr. No. 13, 1887.)

3) Trocar à double courant, conf. wie vor.

4) Nasensäge, wird in verschiedener Dicke gefertigt.

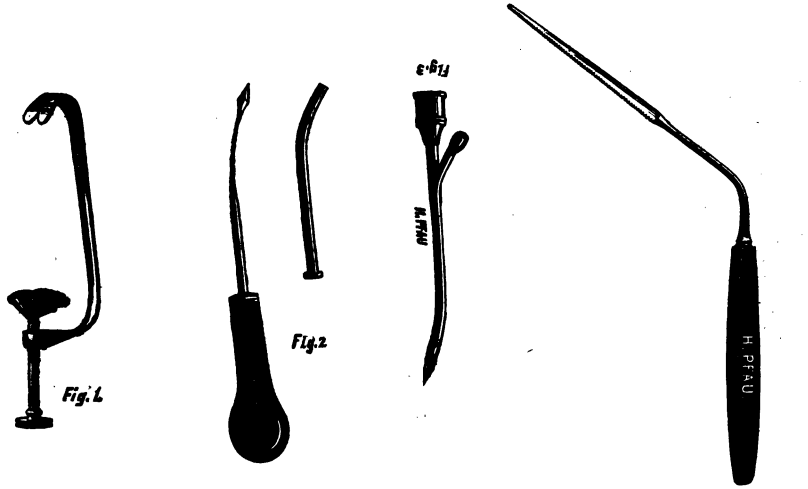


Fig. 4.

Obige Instrumente werden gefertigt vom Instrumenten-Fabrikanten H. Pfau, Berlin NW., Dorotheenstrasse No. 67.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Kritik des Herrn Arthur Böttcher (in Bd. XXIV, Heft 1 des Archiv für Ohrenheilkunde) über meine Aufsätze in diesem Archiv Bd. 100: „Einiges Anatomische aus der Gehörschnecke und über die Function derselben resp. des Gehörorganes“ und Bd. 104: „Ueber die Gehörzähne der Schnecke des Menschen und der Säugethiere und deren Gefässe.“ Von Prof. Dr. Voltolini in Breslau. (Separatabdruck aus Virchow's Archiv, 107. Bd., 1887.)

Zunächst bemängelt Böttcher meine Bezeichnung von „Zahn“ und sagt: „die Ausdrücke „Gehörzähne“ und „Crista spiralis“ werden von Voltolini stets durcheinander geworfen und so Missverständnisse erzeugt, in die er sich selbst verwickelt.“ Dieses „Durcheinanderwerfens“ machen sich aber auch andere Forscher schuldig, z. B. Deiters (Untersuchungen über die Lamina spiralis membranacea) bezeichnet in Fig. 9a die ganze Crista schlechtweg: „ein Zahn“; ähnlich in den Fig. 1, 6 und 2. S. 14 sagt er: „Für einen solchen Riss im Gewebe halte ich die sogenannte Capillarschlinge, welche Kölliker in dem Innern eines Zahnes abbildet.“ Kölliker (Gewebelehre, 2. Aufl., 1855, S. 668, Fig. 332) aber bezeichnet in dieser Fig. 6: „Habenula sulcata Corti mit einer Capillarschlinge“; was also Kölliker Haben. sulc. bezeichnet, nennt Deiters schlechtweg „Zahn“ u. s. w. Vergl. Deiters, S. 10.

Es ist überflüssig, die Angabe noch anderer Autoren wörtlich zu citiren, in denen jenes „Durcheinanderwerfen“ vorkommt, ich will nur die Stellen noch citiren, wo sie Jeder nachlesen kann, z. B. Leydig, Lehrbuch der Histologie, S. 263. Waldeyer wird von Böttcher ebenfalls gerügt, denn er sagt: „die daselbst freilich etwas missverständlich von Waldeyer „Crista spiralis“ genannt wird.“

Also mit meinem „Durcheinanderwerfen“ ist die Sache nicht so schlimm, ohnehin habe ich meine Angaben durch zahlreiche Abbildungen veranschaulicht, so dass Jeder auf den ersten Blick schon sieht, was ich meine.

Ausserdem aber muss ich sagen, dass in der ganzen Bezeichnung der hier in Rede stehenden Gebilde gerade nicht viel Logik herrscht, die in der Medicin überhaupt keine grosse Rolle spielt.

Böttcher setzt uns z. B. l. c. S. 4 auseinander, wie die Gebilde nach dem „allgemein üblichen Gebrauch“ bezeichnet werden und sagt: „die auf dem äusseren Rande der knöchernen Spiralleiste sich hinziehende periostale Verdickung, die Zona cartilaginea von Huschke, die Habenula sulcata von Corti oder der Limbus laminae spiralis von Henle erscheint nach aussen zu von dem Sulcus spiralis begrenzt und läuft gegen die Scala vestibuli hin bekanntlich in das Labium vestibulare oder die Crista spiralis aus.“ Wenn diese Bezeichnung „allgemein üblicher Gebrauch“ ist, so ist es eine allgemein unrichtige Bezeichnung, denn eine Crista kann nie ein Labium und ein Labium kann nie eine Crista sein! Zum Begriff einer Crista gehört vor Allem eine Erhöhung, Schwellung, daher Crista galli, der Hahnenkamm, etc.; bei Labium, Lippe, denkt aber Niemand an eine Schwellung, Erhöhung, das ist nicht der Begriff von Lippe, sondern im Gegentheil, man denkt an dünne Blätter,

Digitized by Google

die eine Oeffnung umgeben, so die Lippen des Mundes, der Orgelpfeife, der Labiatae im Pflanzenreiche etc. Eine Crista kann wohl in ein Labium auslaufen, aber „Crista oder Labium" das ist ein Widerspruch!

Böttcher hat meine Angaben, wie ich sie l. c. Bd. 104 in Fig. 11, 12, 13 durch Figuren veranschaulicht habe, nicht beachtet, am allerwenigsten durch eigene Präparate geprüft. In diesen Figuren habe ich durch transversale Schnitte, d. h. Schnitte, die parallel dem freien Rande der Lamina spiralis ossea verlaufen, gezeigt, dass die Zähne keineswegs, wie sie sich auf Flächenpräparaten darstellen, nur an ihren Spitzen bezw. Enden sich von einander markiren, sondern dass man diese Sonderung auch in der Crista bis unten zur Lamina ossae verfolgen kann, wie dies jene Figuren veranschaulichen. Man sieht dieses sogar häufig auch bei Radiärschnitten, d. h. bei Schnitten, die im Radius (vom Modiolus nach dem freien Rande der Lamina ossea) verlaufen, wenn der Schnitt etwas dick ausgefallen ist. Man sieht dann mehrere Zähne hinter einander und dabei jeden Zahn vom anderen sich abgrenzen bis unten hin. Wenn dem nun so ist, so wäre es doch am einfachsten, die ganze Crista zum Zahne mitzurechnen, da ohnedies bei Radiärschnitten die ganze Crista mit ihrem Ausläufer, dem Zahn, veritabel wie die Zähne von grossen Blattsägen aussieht.

Böttcher meint, ich hätte wohl keine Flächenpräparate in Betracht gezogen, jedoch ist dies ja das Erste und Einfachste, welches man bei Untersuchung der Schnecke in die Hand bekommt und jeder Anfänger auf eine leichte Weise untersucht, er hat nur nöthig, mit einer feinen Scheere ein Stück von der Lamina spiralis ossea abzuschneiden. Ganz anders ist die Sache mit Radiärschnitten, hier sind schon besondere Methoden nöthig, um brauchbare Schnitte zu erlangen.

Aber diese ganze Auseinandersetzung über die Crista ist ja nur nebensächlich, da ich nicht über die Crista oder die Zähne an sich habe schreiben wollen, sondern über die Gefässe in denselben.

Nun habe ich ausdrücklich angegeben, sowohl wer Gefässe in der Crista geläugnet hat (Deiters), als auch dass viele Forscher Gefässe gefunden haben; also das habe ich keineswegs geläugnet, dass Andere auch schon Gefässe gefunden haben, sondern was ich behauptet habe und noch heute behaupte, ist dies, dass alle diejenigen, welche Gefässe gefunden haben, diese gleichsam nur als etwas Zufälliges anführen. Böttcher will mich widerlegen und citirt seine eigene Dissertation und da hatte ich nun gedacht, er würde etwas bringen, was mich vollständig widerlegt, als ich aber nachlese, finde ich, dass gerade meine Ansicht bestätigt wird, denn Böttcher schreibt: „Habenulam sulcatam hic illic vasa capillaria, in quorum parietibus nuclei plane animadvertuntur, permeant". Also „hic illic"! Hic illic heisst aber zu deutsch: hier und da.

Wenn man die Gefässe des Armes oder Beines beschreiben wollte und sagte: hier und da treten Gefässe ein — so wüsste man so viel wie vorher, nämlich über den Verlauf der Gefässe — nichts. Nicht „hic illic", sondern hic i. e. hoc loco treten Gefässe ein, das ist es, was ich behauptet habe und noch heute gegen alle Einwendungen behaupte. Ich habe mehrere Hunderte von Durchschnitten an Menschen- und Thierschnecken gemacht und kann sie Jedem zeigen, der sich dafür interessirt, und bin zu der bestimmten Ansicht gekommen, nicht „hier

Digitized by Google

und da“ treten Gefässe in die Crista, sondern an ganz bestimmten Stellen, die ich in meinen Abbildungen angegeben habe. Die Sache steht einfach so, dass wenn man nach Gefässen in der Crista sucht, dann halte man sich nicht erst lange Zeit bei beliebigen Stellen auf, sondern wenn man überhaupt ein Gefäss findet, findet man es unterhalb des Ansatzes der Reissner'schen Membran und im Zahne (sensu strict.) und zwar gilt dies vom Ursprung der Crista am Vorhofe bis hinauf in den Hamulus; hier suche man zuerst. Findet man an den genannten Stellen kein Gefäss, so findet man überhaupt keines in der Crista — mit seltenen Ausnahmen. Wenn nun die Sache so ist, dass man dort die Gefässe bezw. Gefässlöcher als in der Regel vorfindet, so ist doch der Schluss gewiss gerechtfertigt, dass ein bezw. zwei bestimmte Gefässe entlang der Lamina spiralis verlaufen, vom Vorhofe an bis in den Hamulus. Böttcher reducirt das Alles darauf, dass er sagt, es treten nur „Gefässschlingen“ hier und da in die Crista. Ich habe aber auch auf Transversalschnitten gezeigt (Fig. 7, 8, 12), wie eben der Länge der Lamina spiralis entlang Gefässe verlaufen und zwar von solcher Länge habe ich sie hier manchmal gefunden, dass sie zweimal den Durchmesser des Gesichtsfeldes im Microscope (bei stärkerer Vergrösserung) einnehmen — soll man das auch eine „Gefässschlinge“ nennen?

Böttcher sagt (S. 9): „Aus dem bisher Gesagten hat sich ergeben, dass die meisten Beobachter die Gefässe innerhalb des Limbus sehr gut gekannt haben und sich auch über ihren Verlauf ganz klar gewesen sind.“ Aber dieses „ganz klar“ besteht darin, dass man „hic illic Gefässschlingen“ eintreten sah, Niemand hat behauptet, dass ein bezw. zwei bestimmte Gefässe in der Crista verlaufen, ähnlich wie das bestimmte Gefäss Vas spirale internum. Den Beobachtern also waren die Gefässverhältnisse „ganz klar“ — nur bei der Kleinigkeit von Mensch läugnete man die Gefässe!

Denn so sagt Böttcher selbst (S. 8): „Nur für den Menschen lauten allerdings in Bezug auf den ganzen Limbus laminae spiralis von mehreren Seiten die Angaben dahin, dass er der Gefässe entbehre. Ich selbst habe die menschliche Schnecke daraufhin nicht untersucht.“ Man sollte doch meinen, die Anatomie des Menschen wäre die Hauptsache, denn die Anatomie ist sich doch nicht Selbstzweck, in welchem Falle allerdings die Anatomie der Hunde, Katzen und Ratten genügen würde. Aber die Staatsregierungen wenigstens bauen die anatomischen Anstalten nur um die Anatomie des Menschen zu cultiviren, deren letzter Zweck ist, der Heilkunde zu dienen.

Alle anderen anatomischen Untersuchungen an Thieren sollen nur den Zweck haben, die Anatomie des menschlichen Körpers zu erläutern und aufzuklären. Nun waren sich aber bisher die Forscher „ganz klar“ über die Gefässverhältnisse in der Crista, nach Böttcher's Ausspruch — nur der Mensch „entbehrte der Gefässe“ in jenem Gebilde!

Nun brachte endlich Retzius in seinem grossartigen, trefflichen Werke (Bd. II, S. 344) die Bemerkung von der Crista des Menschen: „einzelne Blutgefässe capillarer Natur durchziehen die unteren Theile des Limbus, steigen aber sehr selten in die Nähe seiner Oberfläche“. Somit waren auch beim Menschen Gefässe gefunden; aber über die Art ihres

Digitized by Google

Verlaufes war nichts Anderes gesagt, als was bisher bei den Thieren von anderen Forschern behauptet worden ist, und unter 9 Abbildungen, die Retzius von der Crista spiralis des Menschen bringt, ist auch nicht auf einer einzigen ein Gefäss auch nur angedeutet. Böttcher entschuldigt dieses durch eine, eine ganze Seite lange Auseinandersetzung; unter Anderem sagt er: „denn wahrscheinlich waren dieselben (die Gefässe V.) bei der schwachen Vergrösserung, bei welcher die Zeichnung entworfen wurde, nicht deutlich erkennbar". Ferner sagt er, dass die Autoren kaum Verleger finden, wenn sie so viele Abbildungen bringen u. s. w.

Diese ganzen Einwände nur citiren, heisst eigentlich schon sie widerlegen, denn Jeder, welcher überhaupt eine Abbildung der Crista bringt (wie Retzius in 9 Figuren), hat nicht nöthig, auch nur eine einzige Abbildung mehr zu bringen, sondern hat nur nöthig, in die bereits gegebenen Figuren mit ein paar einfachen Strichen das Gefäss hineinzuzeichnen! Und wenn Retzius bei den Abbildungen der Crista vom Kaninchen und der Katze auf Taf. XXII und XXIII, XXX und XXXI so viel Platz fand, die Gefässe mit abzubilden, so wäre doch bei den 9 Figuren von der Crista des Menschen auch noch Raum dazu gewesen.

Besonders anstössig scheint Böttcher meine Bemerkung zu finden, dass man bei Lampenlicht nach den Gefässen suchen solle — denn sonst wüsste ich nicht, warum er zu meiner Bemerkung ein „!" macht (S. 5). Aber ich erkläre noch einmal, wer nicht bei Lampenbeleuchtung mit dem Planspiegel nach den Gefässen sucht, der wird schwerlich jemals über die Verhältnisse der Gefässe in der Crista in's Klare kommen. In den Büchern steht freilich nichts davon, aber darum ist es nicht weniger richtig, wie ich dies durch zahlreiche Versuche hinlänglich erprobt habe.

Ein Grund, welcher den Anschein der Richtigkeit gegen die Existenz spiral verlaufender Gefässe hätte, wird von Böttcher angeführt, wenn er S. 11 sagt: „Man trifft das Loch zwar „in allen Windungen" an, man begegnet ihm aber keineswegs in jedem radiären Durchschnitt, wie es bei der Existenz eines Spiralgefässes nothwendig der Fall sein müsste." Aber dieser Einwand hat auch nur den Schein der Richtigkeit für sich, denn es ist allerdings völlig richtig, dass, wenn ein Spiralgefäss vorhanden wäre, müsste es auch in jedem radiären Durchschnitte vorhanden sein, aber daraus folgt nicht, dass man es auch in jedem radiären Durchschnitte finden müsste; also wenn man es nicht findet, folgt daraus doch gar nicht, dass es nicht vorhanden ist! Jeder, welcher sich mit der feineren Anatomie der Schnecke beschäftigt, wird wissen (man vergl. die Abbilduugen bei Retzius), wie viel zellige Elemente und Pigment (namentlich beim Menschen) die Crista enthält, vor denen es manchmal gar nicht möglich ist, das Lumen eines Gefässes zu erkennen, weil es durch jene Gebilde verdeckt ist, denn in vielen Fällen bleibt das einzige sichere Zeichen, woran man erkennt, dass man ein Gefäss vor sich hat, dies, dass man Blutkörperchen in demselben sieht. Man sieht manchmal beim radiären Schnitte partout kein Gefäss, macht man von demselben Präparate aus derselben Gegend aber transversale Schnitte, so sieht man die Blutgefässe sofort mit aller Deutlichkeit. Also nicht existiren oder nicht finden, ist zweierlei. Liefe der Canal wie ein Lineal in gerader Linie fort, so würde man natürlich bei

Digitized by Google

jedem radiären Durchschnitte das Lumen des Gefässes leichter finden. Es muss doch Jedem als eine auffallende Thatsache erscheinen, dass wohl fast Alle, welche Gefässe in der Crista abbilden, sie dort zeichnen, wo ich das Spiralgefäss abbilde. Retzius bringt auf Taf. XXII u. XXIII, XXX u. XXXI in 16 Figuren Gefässe abgebildet, sämmtlich in der von mir angegebenen Gegend und in keiner anderen — und das soll man „hic illic" nennen! Zum Schluss bestätigt Böttcher indirect selbst meine Angabe, denn er sagt S. 14: „Diese „Foramina" werden selbstverständlich besonders häufig unterhalb des Ansatzes der Reissner'schen Membran und weiter nach aussen mehr in der Nähe des Sulcus spiralis, aber gelegentlich auch an anderen Stellen zu sehen sein." Woher dieses „selbstverständlich" kommen soll, ist gar nicht zu begreifen, wenn „hic illic vasa capillaria Habenulam sulcatam permeant" — denn Platz ist auf der Crista noch hinlänglich, dass auch an 10 anderen Stellen Gefässe vorkommen können, denn ausser dem Ligamentum spirale ist die Crista unter den microscopischen Gebilden das grösste. Noch niemals habe ich z. B. auch nur eine Andeutung von Gefäss im Labium tympanicum der Crista gesehen, aber das habe ich wiederholt bei verschiedenen Thieren beobachtet, dass aus jenem Gefässloche unterhalb der Reissnerschen Membran ein Gefäss austritt und nach jener Membran nach der Oberfläche der Crista sich hinzieht (so dass man eine gewisse Beziehung jenes Gefässloches zu der Membran annehmen könnte); ebenso noch häufiger ein Gefäss aus jenem Loche nach unten zwischen die Blätter der Lamina ossea, zwischen die Nervenbündel verläuft; das Constanteste aber ist, dass aus dem Foramen unterhalb der Reissner'schen Membran ein Gefäss nach aussen in das zweite Loch, im Zahne, hinläuft; von diesem letzteren nicht selten auch ein Gefäss nach unten geht. In allen diesen Vorgängen spricht sich die Tendenz aus, nach jenen beiden Löchern Gefässe zu senden, was doch ebenfalls für unsere Annahme keine unbeachtet zu lassende Thatsache ist.

S. 9 führt Böttcher als Grund, warum „in den einzelnen Arbeiten über diese Gefässe weniger Worte gemacht sind, als vielleicht dieser oder jener erwartet hat", dies an, „dass man es bei der Behandlung der Schnecke mit zahlreichen wichtigeren und interessanteren Dingen zu thun hatte". Interessanter mag vielleicht die Entdeckung von ein paar Zellen sein, aber für die Heilkunde sind die Gefässe von grosser Wichtigkeit als Fortleiter von Krankheitsprocessen benachbarter oder entfernter Organe.

Uebrigens wollen wir einmal hören, was schon ein Anatom von Fach über die Wichtigkeit der genannten Gefässe und über meine Befunde sagt. C. Hasse (Ueber die Gefässe in der Lamina spiralis membranacea des Gehörorgans der Wirbelthiere. Anatomischer Anzeiger. Centralblatt für die gesammte wissenschaftliche Anatomie. 1. Jahrg. Jena 1886) sagt: „Jeder neue Fund in der Anatomie des wichtigen Sinnesapparates hat seine Bedeutung, namentlich wenn es sich zeigt, dass die Organisationen ein gemeinsames Gut aller Wirbelthiere sind, dass es sich somit um durch die Wirbelthierreihe sich vererbende Bildungen handelt. Ich würde schwerlich Veranlassung gefunden haben, in einer besonderen Mittheilung auf diese Voltolini'schen Funde einzugehen, wenn es mir nicht möglich wäre, nachzuweisen, dass diese seine Vasa spiralia dentium

Digitized by Google

in allen Wirbelthierabtheilungen vorkommen, dass sie in derselben Lagerung und in demselben Verlauf vererbt werden und der Schnecke eben so gut bei ihrer ersten Differenzirung, als auf der höchsten Stufe ihrer Entwickelung eigenthümlich sind. Ich meine, dass diese Thatsache einiges Interesse beanspruchen kann, da sie zeigt, welches Beharrungsvermögen selbst den feinsten Structuren des Wirbelthierkörpers innewohnt in dem Augenblicke, wo sie, wie in diesem Falle, eine wichtige Rolle als feinste, geschlossene Ernährungswege spielen.“ Wenn nun aber Hasse fortfährt und sagt: „Zunächst möchte ich freilich feststellen, dass mein verehrter College irrt, wenn er meint, dass vor ihm kein Forscher in der häutigen Gehörleiste der menschlichen Schnecke Gefässe gesehen habe“ — so muss ich bekennen, dass der Irrthum auf Seiten meiner verehrten Collegen ist, und nicht auf meiner Seite. Ich habe nirgends behauptet, dass „vor mir kein Forscher Gefässe in der häutigen Gehörleiste der menschlichen Schnecke gesehen habe“. Ich habe im Gegentheil sogar diejenigen namhaft gemacht, welche Gefässe gesehen und zum Theil auch abgebildet haben; l. c. Bd. 100, S. 40 führe ich an, dass Deiters die betreffende Region für gefässlos hält, dass Böttcher Bruchstücke von Gefässen abbildet, — also doch eben Gefässe, — dass Waldeyer sagt: „auch ziehen Gefässschlingen hinein“; S. 28 sage ich: „Retzius deutet ebenfalls in einigen Figuren Bruchstücke von Gefässen auf dem Zahne an (Bd. II., Taf. XXX u. XXXI)“. Also die angeführten Forscher haben alle Gefässe in der Crista gesehen; aber was ich behauptet habe und noch heute behaupte, ist, dass Niemand „vor mir“ ein, bezw. zwei bestimmte Gefässe an bestimmter Stelle beschrieben hat, denn dass „hic illic“ Gefässe in die Crista eintreten, wie Böttcher sagt, oder „auch ziehen Gefässschlingen hinein“, wie Waldeyer und Andere angeben, ist doch keine Annahme bestimmter Gefässe an bestimmter Stelle. Ich kann hier nur wiederholen, was ich oben gegen Böttcher auseinandergesetzt habe, dass es doch ein grosser Unterschied ist, ob ich z. B. im Allgemeinen sage, es treten in ein Gebilde, etwa Arm oder Bein, Gefässe ein, oder ob ich zeige, dort an bestimmter Stelle befinden sich immer, mit seltenen Ausnahmen, die Gefässe!

Ueber die Borsäurebehandlung bei Mittelohreiterungen und die gegen dieselbe erhobenen Einwürfe. Von Prof. Fr. Bezold. (Deutsche medicin. Wochenschrift 1887, No. 8.)

B. wendet sich in obigem Aufsatze gegen die von Schwartze besonders bei Gelegenheit der letzten Naturforscherversammlung (cf. diese Monatsschr. 1886, pag. 319) gegen die Anwendung des Borsäurepulvers unter gewissen Umständen gemachten Einwürfe; zwar kämen Fälle vor, wo diese Behandlung nicht vertragen werde, indem sich, und dies hauptsächlich bei weit offen vorliegender Paukenhöhle, heftige, andauernde Schmerzen mit starker, seröser Secretion einstellten, oder durch die Borsäure Veranlassung zu acuter Eczembildung und starker Schwellung der Gehörgangswände gegeben werde; jedoch seien dies ausserordentlich seltene Vorkommnisse. Dagegen habe er in den von Schwartze betonten Fällen von hochgelegener kleiner Perforation, besonders der Membr. Shrapnelli, sowie auch bei acuten Mittelohreiterungen niemals irgend

Digitized by Google

welchen Schaden von der in Rede stehenden Behandlung gesehen; ja, gerade im Gegensatz zu den geschilderten Gefahren einer Eiterretention scheine das Borsäurepulver vielmehr eine capilläre Attractionsfähigkeit für das Secret zu besitzen.

B. dürfte sich nach Ansicht des Referenten kaum in einem principiellen Gegensatze zu den Ansichten Schwartze's, welchen Gruber, Lucae u. A. beitraten, befinden; am Schlusse seines Aufsatzes schreibt B. nämlich: „Darin bin natürlich auch ich mit Schwartze einverstanden, dass diese Behandlung ebenso wenig wie jede andere, einer fortlaufenden Spiegelcontrole entbehren kann.“ Dies ist der Schwerpunkt der Sache; nur die kritiklose Anwendung des Pulvers, wie solche in letzterer Zeit mehr und mehr, allerdings nicht von ohrenärztlicher Seite, oft genug ohne Untersuchung des Ohres, lediglich auf die Diagnose Otorrhoe hin, zu geschehen pflegte, war die Veranlassung zu dem, nach dieser Richtung hin gewiss begründeten Mahnrufe. Keller.

Neue Verfahrungsweisen bei der Behandlung von Mittelohrkrankheiten. (Novel Methods of Treating Diseases of the Middle Ear.) Von Seth S. Bishop in Chicago. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 15. Jan. 1887.)

Die vom Verf. vorgeschlagenen und von ihm für neu gehaltenen Methoden sind: Aspiration von Secret aus dem Mittelohr mittelst des umgekehrten Valsalva'schen Versuchs oder einer mit einem Eustachischen Catheter in Verbindung gesetzten Saugspritze, resp. einem Cautschukballon, Eingiessung von medicamentösen Flüssigkeiten in den äussern Gehörgang bei vorhandener Trommelfellperforation und Aspiration derselben durch den Kranken vermittelst des umgekehrten Valsalva, um sie mit der Trommelhöhlenschleimhaut in Contact zu bringen u. dgl. mehr.

A. Sch. (N.-Y.)

Ueber chronische catarrhalische Entzündung des Mittelohrs. (Chronic Catarrhal Inflammation of the Middle Ear.) Von Albert H. Buck in New-York. (Med. Record, 1. Jan. 1887.)

Wiedergabe eines auf der Höhe der Zeit stehenden und besonders practische Gesichtspunkte berücksichtigenden Vortrags.

A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von acuter Mittelohreiterung mit Implication des Gehirns. (A Case of Purulent Inflammation of the Middle Ear with Brain Complications.) Von B. Bettmann in Chicago. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1. Jan. 1887.)

Die Gehirnerscheinungen bestanden in heftigem Kopfschmerz, Erbrechen und Abducenslähmung. Der Fall, welcher ein 18jähr. Mädchen betraf, heilte. B. legt besonders Gewicht auf die am Warzenfortsatz applicirte Kälte. A. Sch. (N.-Y.)

Otitis hämorrhagica im Verlaufe der Bright'schen Krankheit. Von Dewèvre. (Lyon médical No 40. — Referat in Annales des mal. de l'oreille etc, Décembre 1886.)

Ein mit Morbus Brightii behafteter Mann wurde von Hemiplegie be-

Digitized by Google

fallen; bald darauf traten heftige Ohrenschmerzen mit Ausfluss einer blutigen, dann serösen, zuletzt eitrigen Flüssigkeit auf. Paukenschleimhaut sehr congestionirt, Warzenfortsatz geröthet, ödematös, nicht schmerzhaft. Der Kranke genas, blieb aber schwerhörig. Mit der Ohrblutung hatte sich zugleich Epistaxis eingestellt. Keller.

Treatment of Haematoma of the Ear (Behandlung des Othämatoms). (The Lancet, 19. Februar 1887.)

A. Lebrun in Brüssel hat, nachdem ihn alle Methoden der Behandlung im Stich gelassen hatten, durch Injection von Jodoformäther einen completen Erfolg erzielt. Zu diesem Zwecke werden zwei Canülen an entgegengesetzten Punkten eingestochen. Die eine, No. 3 von Dieulafoy, dient zum Ablassen des Blutes, die andere, von einer Pravaz-Spritze, zur Injection von 0,9—3,6 Grm. einer 2—10proctg. Lösung von Jodoform in Aether. Der Schmerz nach der Injection verschwindet bald. Die Stichöffnungen werden mit Collodium bestrichen. Injection ohne vorherige Punction verursacht grosse Schmerzen, sehr langsame Heilung. Ein Verband ist nicht erforderlich. —s.

Epithelíom der Ohrmuschel. (Epithelioma of the Auricle.) Von J. W. Kales in Franklinville, N.-Y. (Med. Record, 29. Jan. 1887.)

Kurze Krankengeschichte eines 65jähr., hereditär belasteten Mannes, der die operative Behandlung verweigerte. Exitus nach 5jährigem Bestande. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Rhinologische:

In der October-Sitzung der Société française d'otologie et de laryngologie (Revue mens. de laryngologie etc., Décembre 1886) sprach Gellé über die nach der hinteren Tamponade bei Epistaxis zeitweilig auftretenden eitrigen Mittelohrentzündungen, deren Entstehung er auf die Anhäufung zersetzter Blutmassen in den hinteren Nasenabschnitten sowie das Eindringen derselben in's Mittelohr in Folge des Schlingactes nach Wegnahme des Tampons zurückführt. Auch für die Deutung der wenngleich selten beobachteten plötzlichen Todesfälle nach der Stillung der Nasenblutung durch die Tamponade ist G. geneigt, möglicher Weise eine acute eitrige Otitis med. in Betracht zu ziehen; die gewöhnliche Annahme einer secundären Hirnblutung als Todesursache werde in Anbetracht des meist vor der Tamponade schon stattgehabten starken Blutverlustes hinfällig. Es folgt die Geschichte eines Falles, bei welchem 3 Tage nach Entfernung des Tampons beiderseits acute eitrige Mittelohrentzündung auftrat mit Trommelfellperforation; Heilung nach 3 Wochen.

Dafür aber, dass eitrige Otitis media nach Epistaxis nicht immer auf die schädliche Einwirkung der Tamponade zurückzuführen sei, bringt G. selbst in einem 2. Vortrage den Beweis, indem er 3 Fälle anführt, bei welchen sich zu schwerer Epistaxis gleichzeitig Hämorrhagie im Mittelohre hinzugesellte, die zu Entzündung führte, ohne dass tamponirt worden war. In der Discussion wurde von verschiedenen Seiten die

Digitized by Google

Möglichkeit betont, dass die Mittelohrentzündung lediglich Folge der zur Blutstillung gemachten Einspritzungen in die Nase gewesen sein könne. Baratoux beobachtete dagegen 2 Fälle, in welchen er ebenfalls 2 Tage nach Entfernung des Tampons die Gegenwart von Blut im Ohre und beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung nachweisen konnte.

2) Die bekannte entlastende Wirkung stärkerer Cocainlösungen auf die hyperämisch geschwellte Nasenschleimhaut hat Moure (Bordeaux) veranlasst, auch in Fällen von catarrhalischer Schwellung der Schleimhaut der Tuba und dadurch erschwerter Durchgängigkeit derselben eine 10—15procentige Cocainlösung durch den Catheter in das Rachenende der Tuba hinein zu appliciren; M. kann dieses Verfahren nur auf's Beste empfehlen.

3) Ménière berichtete über allgemeine Hyperplasie der Ohrmuscheln eines 34jähr. sonst gesunden Mannes (seit 2 Jahren rechts, seit 6 Monaten links bestehend). Die Ohrmuscheln waren, ohne irgend welche entzündliche Röthe oder sonstige Veränderung der Haut zu zeigen, völlig abgeplattet neben beträchtlicher Verdickung des Knorpels; Ohrläppchen von normaler Dimension. Gellé beobachtete einen ganz ähnlichen Fall, bei welchem nach verschiedenen fruchtlosen therapeutischen Versuchen eine antisyphilitische Behandlung nach einigen Wochen zu völliger Heilung führte. Keller.

Entfernung eines fibrösen Polypen aus dem Nasenrachenraum mittelst der galvanocaustischen Schlinge. Von Dr. Sands in New-York. (Verh. d. N.-Y. Surg. Soc. — N.-Y. Med.-Journ., 22. Jan. 1887.)

Der Pat. war ein 18jähr. Irländer, der Tumor halbhühnereigross. Es wird hervorgehoben, dass derartig situirte Geschwülste sich wegen ihrer gewöhnlich breiten Basis nur selten für die in diesem Fall in Anwendung gekommene Operationsweise eignen. A. Sch. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Lymphadenom der Mandel. (Lymphadénome de l'amygdale.) Von Dr. A. E. Barker. (Société pathologique de Londres, 20. Octobre 1885, und Annales des maladies du larynx 1886, No. 5.)

Schnelle Entwicklung des Tumor bei einer 74jährigen Frau; es war schon eine bedeutende Drüsenexstirpation an der äusseren Halsseite vorgenommen worden. Die Exstirpation des Adenom wurde vorgenommen. Es entstand nun am hinteren Ende des entgegengesetzten Zungenrandes eine ähnliche Geschwulst, welche auch exstirpirt wurde. Bald aber entwickelte sich eine ähnliche bedeutende Neubildung an der anderen Pharynxseite mit starker Drüsenschwellung; die Kranke erlag.

Verf. beschreibt einen ähnlichen Fall bei einem 70jährigen Mann, welcher operirt wurde und wo keine Recidive entstand.

Dr. P. K.

Analogie zwischen Croup und Asthma. (Lancet, 22. Januar 1887.)

Ueber dieses Thema fand in der Harvaian Society eine Discussion statt, anlehnend an einen Vortrag von Morton. Unter Croup versteht

Digitized by Google

er Laryngismus stridulus. Er bekämpft die Ansicht, dass es sich um einen entzündlichen Vorgang mit Lähmung handele, es sei eine gestörte Innervation. Die Krankheit habe viele Analogien mit Asthma in der Art des Auftretens, des Verlaufes, der Gelegenheitsursachen u. s. w. Charles West beobachtete, dass zu Croup geneigte Kinder später an Asthma erkrankten. Dr. M. Schm.

Pseudomembranöse Abgüsse der Tonsillen und des weichen Gaumens bei Diphtherie. (A Series of Three Epithelial or Pseudo membranous Casts of the Tonsils and Palatine Folds from a Case of Diphtheria) (Med. News, 22. Jan. 1887.)

J. Solis Cohen demonstrirte in einer Sitzung der Philadelphia County Med. Society drei von einem Erwachsenen herrührende Abgüsse, wie im Titel angegeben. A. Sch. (N.-Y.)

Diphtherie in Bassingbourn. (Lancet, 22. Januar 1887.)

Dr. Anningson berichtet über eine in dem Orte vorgekommene Epidemie. Der Ausbruch stand offenbar in Verbindung mit verunreinigtem Wasser; doch glaubt Verf., dass in einer Schule auch der Verkehr der Kinder untereinander seinen Antheil an der Ausbreitung der Krankheit trage. Dr. M. Schm.

Fall von diphtheritischer Manie. (Un caso di difterite maniaca.) Von Dr. A Montefusco. (Archivii italiani di laringologia 1887, Heft 1.)

Am 4. Tage ihrer Erkrankung an Diphtheritis traten bei der 33jähr. Kranken acut maniakalische Anfälle auf, lebhafte Ideenflucht, verworrener Gedankengang, Verfolgungswahn und melancholische Verstimmung, abwechselnd mit Grössenwahn und Tobsucht. Hoher Bewegungstrieb und gesteigerte sexuelle Erregbarkeit. Der Zustand hielt durch 4 Tage bei constant herabgesetzter, subnormaler Körpertemperatur an. Mit dem allmähligen Erlöschen der specifischen Erkrankung schwand auch jede psychische Störung und wurde die Kranke nach Ablauf von 2 1/2 Wochen geheilt entlassen.

Verf. erwähnt einen ähnlichen Fall von Lombroso, bei welchem die psychische Functionsstörung der diphtheritischen Erkrankung um etliche Tage vorauseilte. Auch hier lassen sich jedoch beide Processe, trotz mehrtägigen Vorsprunges der Psychose, in Anbetracht des oft langen Latenzstadiums der Diphtheritis, ungezwungen in causalen Zusammenhang bringen. Dr. Karis.

Ein Fall von retropharyngealem Abscess, den Tod durch Druck auf die Luftröhre verursachend. (A case of retropharyngeal abscess, causing death by pressure on the Trachea.) Von Ph. D. Turner, London. (Lancet, 1. Januar 1887.)

Ein syphilitisches Kind von 3 Monaten litt an Athemnoth, welche schliesslich den Luftröhrenschnitt nöthig machte. Nach dem kurze Zeit nachher erfolgten Tode ergab die Section einen wallnussgrossen Abscess hinter der Speiseröhre und dem unteren Theil des Schlundes. Bemerkenswerth erschien in dem Falle, dass das Kind bis zuletzt ganz gut schluckte. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Ueber Pharyngomycosis leptothricia benigna. Von Max Toeplitz in New-York. (New-Yorker Medic. Presse, Dec. 1886.)

Verf. bespricht an der Hand der vollständig angeführten Literatur das bisher über diese Affection Bekanntgewordene und führt zwei Fälle seiner eigenen Beobachtung an, von welchen der eine einen 31jähr. Mann und der zweite ein 19jähr. Mädchen betraf. A. Sch. (N.-Y.)

Cyste der Unterzungenbeingegend. (Kyste de la région soushyoidienne.) Von Dr. Délie. (Revue mensuelle de laryngologie No. 10)

Bei einem 24jährigen Manne befand sich an der linken vorderen Halsseite eine runde, gänseeigrosse, 13 und 15 Ctm. in den Querdurchmessern messende, nach allen Seiten hin bewegliche, den Schluckbewegungen folgende, undeutliche Fluctuation zeigende, seit der Kindheit bestehende Geschwulst. Die Trachea ist nach rechts gedrängt. Athmen und Schlucken sind behindert. Eine Probepunction zeigt braunflüssigen Inhalt. Nach zweimaliger Jodinjection kam Eiterung und die Cyste heilte. Dr. P. K.

The early History of intubation of the Larynx. (The medical Record, 15. Januar 1887.)

Intubation of the Larynx. (Zuschrift von Dr. A. K. Steele [Chicago] an die Redaction des „Medical Record".)

Laryngeal Diphtheria — Intubation and pathological Anatomy. Bericht über 156 Fälle. Von W. P. Northrup, M. D. (The medical Record, 11. December 1886.) — Discussion über diesen Vortrag in der New-York Academy of Medecine, Sitzung vom 2. December 1886.

Nach der Zahl und dem Umfang der vorliegenden Arbeiten zu schliessen, scheint, wenigstens für Amerika, das Wort des Verf.'s in einer derselben zutreffend: „Seit der Erfindung der Esmarch'schen Blutleere hat nichts die Aufmerksamkeit der Aerzte so auf sich gezogen, wie die Intubation des Larynx." — In der historischen Notiz wird daran erinnert, dass bereits im Jahre 1855 Bouchut in Paris den Vorschlag gemacht hat, an die Stelle der Tracheotomie den Verweilcatheter zu setzen. Die zur Prüfung niedergesetzte Commission, an ihrer Spitze Trousseau, sprach sich indess über die Methode ungünstig aus und die Vorschläge wurden nicht nur feierlich zu Grabe getragen, sondern auch Bouchut persönlich so angegriffen, dass seine Carrière in Frage gestellt wurde. Er lebt jetzt als angesehener Pädiater in Paris. — Northrup empfiehlt, um das O'Dwyer'sche Instrumentarium handhaben zu können, dringend Vorübungen am Cadaver. Eine Gefahr, dass der Catheter heruntergleiten könnte, besteht nach ihm nicht, doch macht Steele darauf aufmerksam, dass Prof. Waxham dieser Unfall passirt und von demselben publicirt ist. Ulcerationen der Stimmbänder treten nicht ein. Nur ganz ausnahmsweise ist Ernährung mit der Schlundsonde nöthig. Der Catheter bleibt liegen bei einem Alter des Patienten bis zu zwei Jahren fünf bis sechs Tage, darüber hinaus genügen fünf Tage. Unter den 156 zusammengestellten Fällen (darunter 12 eigene) sind 30 pCt. Genesungen. Er resumirt die Vortheile der Intubation zum Schluss dahin: Intubation erleichtert die Dyspnoe in Folge von Larynxstenose. Die Angehörigen setzen der Operation keinen Widerstand entgegen; diese selbst ist relativ

Digitized by Google

leicht und gefahrlos, macht Narcose und Assistenz überflüssig, setzt keine neue Wunde, erfordert keine permanente spätere Ueberwachung. Die inspirirte Luft kommt feucht und warm in die Lungen. — In der Discussion berichtet dann Francis Heuber über 11 Fälle, von denen vier von hochgradiger Dyspnoe dauernd gerettet wurden, die anderen wohl Erleichterung erhielten, aber an intercurrenten Erkrankungen zu Grunde gingen. A. S. Hunter referirt über zwei Fälle, die beide an bereits vorher bestehender Pneumonie gestorben waren. —s.

Zur Intubation des Kehlkopfes. (Intubation of the Larynx.) Von A. R. Jenkins in Henderson, Ky. (Med. Record, 22. Jan. 1887.)

Verf. hegt theoretische Bedenken gegen dieses Verfahren, welche sich besonders auf das behinderte Schlucken, auf das für den Durchtritt von auszuhustenden Membranen zu enge Lumen der O'Dwyer'schen Canülen und auf zu befürchtende Decubitusgeschwüre beziehen.

A. Sch. (N.-Y.)

Practische Winke über das Vorgehen bei der Einführung der O'Dwyer'schen Canüle. (Some Points Concerning Intubation of the Larynx.) Von W. P. Northrup in New-York. (Med. Record, 1. Jan. 1887.)

Verf. betont unter Anderem, dass bei der Intubation die Achse der Luftröhre mit der des Mundes einen rechten Winkel bilden solle. Das vollständige O'Dwyer'sche Besteck, von Tiemann in New-York angefertigt, kostet 35 Dollars. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber Prolaps der Morgagni'schen Taschen. (Prolapse of the Laryngeal Ventricles.) Von G. W. Major in Montreal. (Verh. d. Amer. Lar. Assoc. 1886. — N.-Y. Med. Journ., 1. Jan. 1887.)

Von den mitgetheilten fünf Krankengeschichten betrafen drei syphilitische Individuen und zwei Phthisiker. A. Sch. (N.-Y.)

Eversion beider Stimmbandtaschen. (Eversion of the Ventricles of the Larynx.) Von G. W. Major in Montreal. (Med. News, 29. Mai 1886.)

Verf. demonstrirte den betreffenden Fall, eine 27jährige tuberculöse Frau, der Montreal Med.-Chirurg. Society. A. Sch. (N.-Y.)

Syphilom der beiden wahren Stimmbänder. (Syphilome des deux cordes vocales inférieures.) Von Dr. Eugène Eeman. (Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1886.)

Verf. betont die Seltenheit, mit welcher man die Gummata des Larynx als solche sieht; meist sehen wir die vorgeschritteneren Geschwüre. Verf. beschreibt einen exquisiten Fall von Gumma der beiden wahren Stimmbänder, welche Infiltration der specifischen Behandlung auffallend schnell wich. Patientin hatte ihren Kehlkopf viel gebraucht und darin stimmt der Fall mit den Beobachtungen von Ziemssen, Schech, Gerhardt und Roth überein. Die meisten Gummata des Larynx sind bilateral und daher stammt die grosse Gefahr bei dieser Localisation der Syphilis. Die allgemeine Behandlung ist am wichtigsten dabei.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Acute Thyroiditis bei Rheumatismus. (Thyroidite aigue rhumatismale.) Von Dr. Zonievitch. (Thèse de Paris u. Annales des maladies du larynx No. 4, 1886.)

Sie kommt zugleich mit dem Rheumatismus oder in der Reconvalescenz vor. Die Symptome sind bekannt. Heilung ist die Regel, blos bleibt eine leichte Hypertrophie zurück. Salicylsaures Natron hilft am besten. Dr. P. K.

Laryngitis syphilitica oedematosa. (Laryngite syphilitique oedémateuse.) Von Dr. Franzisco Rogero. (Cronica medicoquirurgica de la Habana, Revue bibliographique des sciences médicales No. 22 und Annales No. 5.)

Ein von Erstickungsanfällen befallener Patient wurde nicht operirt, weil die Stenose tracheal sei und ja doch Phthisis vorhanden sei. Das laryngoscopische Bild war das der ausgesprochensten Larynxsyphilis. Die Section ergab „gesunde Trachea und gesunde Lungen, blos Ulceration mit Caries des Ringknorpels". Es wiederholt sich hier die „alte, jedoch immer neue Geschichte", dass die Operation gemacht werden soll, sobald laryngeale Erstickungsgefahr vorhanden ist, die Lungen mögen gesund sein oder nicht. (Der Ref.) Dr. P. K.

Syphilitic hyperplastic Laryngitis. Von Dr. Jacob (Leeds). Verhdlg. der Pathol. Society of London. (The Lancet, 26. Febr. 1887.)

Im Auftrage des Verf.'s legte Dr. F. Semon Photographien und microscopische Präparate von einem Kinde vor, das seit seiner Geburt die Zeichen cong. Syph. zeigte. Mit Husten und Heiserkeit wurde es aufgenommen, bald stellte sich Larynxobstruction ein. Tracheotomie, Tod am selben Tage. Die pathologischen Veränderungen fanden sich unterhalb der Stimmbänder; das Lumen zu einem Spalt umgewandelt durch Verdickung der Schleimhaut, die sich $^3/_4$" abwärts erstreckte und plötzlich aufhörte. Microscopisch zeigte sich interstitielle Bindegewebswucherung, Hypertrophie der Drüsen, Dilatation der Gefässe. In den Lungen geringe lobuläre Pneumonie, in der Leber Hepatit. interst. fibr. —s.

Entzündliches Larynxödem, Erstickungsgefahr, Rettung durch heisses Wasser. (A Case of Submucous Laryngitis Treated with Hot Water.) Von A. H. Buckmaster in Brooklyn. (N.-Y. Med. Journ., 22. Jan. 1887.)

Die mitleidige Verfasserin hatte schon das Messer zur Hand genommen, um die Tracheotomie auszuführen, als der Gedanke an die Narbe, welche die 18jähr. Patientin später entstellen würde, sie noch im letzten Augenblick veranlasste, einen Versuch mit heissem Wasser (etwa 120° F.) zu machen, welches sie mittelst einer Clysopompe (Davidson springe) auf die geschwollenen Partien einwirken liess. Der Erfolg war glänzend. Das heisse Wasser wirkte „by diminishing the congestion and oedema". A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Blutung in eine normale Schilddrüse. (Hémorrhagie dans un corps thyroide normal.) Von Dr. Poisson. (Gazette médicale de Nantes, 9. Decembre 1885 u. Annales des maladies du larynx No. 4, 1886.)

Ein Taucher, welcher zu schnell ohne allmähligen Uebergang in den gewöhnlichen Luftdruck gekommen war, bekam einen plötzlich auftretenden, nicht knisternden schmerzlosen Tumor in die Schilddrüse, welcher Tumor nach 10 Tagen heilte. Verf. glaubt mit Recht, dass der Tumor Folge des schnell wechselnden Luftdrucks war und dass er eine Hirnblutung durch Compression der Carotis verhütete. Dr. P. K.

Ein Fall von Perichondritis des Larynx mit Necrose des Ringknorpels. (A Case of Perichondritis of the Larynx; Necrosis of the Cricoid.) Von C. H. Knight in New-York. (Verh. d. Amer. Laryng. Assoc. 1886. — N.-Y. Med. Journ., 1. Jan. 1887.)

Eine ausführlichere und eine zweite kurze Krankengeschichte von Perichondritis laryngis, beide Fälle wahrscheinlich traumatischer Natur. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber einen Fall von primärem Larynxkrebs. (Su di un cato di cancro primitivo del laringe.) Pathologisch-anatomische Beobachtung von O. Masini (Genua).

Zwei Jahre altes Präparat, einem suffocatorisch zu Grunde gegangenen Individuum entstammend. Das Neugebilde reichte vom Glottisniveau bis zum ersten Trachealring und erwies sich als Epithelialkrebs mit stellenweise reichlicher Rundzelleninfiltration. Wichtiger ist die Mittheilung, dass weder im Verlaufe der Kehlkopfnerven, noch entlang den Lymphgefässen und an den Lymphdrüsen Veränderungen nachzuweisen waren, welche auf ein bei solcher Grösse der Aftermasse selten fehlendes Uebergreifen derselben auf die Umgebung hätten schliessen lassen. Einer Exstirpation des Organes wären somit die günstigsten Chancen geboten gewesen. Dr. Karis.

Larynxlepra. (La lèpre du larynx.) Von Dr. Masini. (La Salute Italia medica und Revue mensuelle de laryngologie No. 3).

Verf. giebt die genaue Beschreibung von vier Fällen von Larynxlepra. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die Larynxlepra ist immer secundär; eins der ersten subjectiven Symptome ist das Trockenheitsgefühl, verbunden mit Hüsteln; dann kommen leichte Ermüdung der Stimme, Heiserkeit und Aphonie. Pathologisch-anatomisch sind folgende 3 Perioden zu unterscheiden: Die Periode des Erythema; unregelmässige Röthe der Mucosa, Ectasie der Capillaren, Glanz der Mucosa verschwunden. Die Periode der Infiltration; gleichmässige Schwellung der Mucosa, namentlich an der Epiglottis; Blässe der Mucosa. Die Periode der Ulceration und der Necrose; wenig eiternde, schlecht begrenzte Geschwüre, namentlich an der Epiglottis, den aryepiglottischen Falten und den Arytänoidknorpeln; es kann Necrose und Elimination der Knorpel eintreten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Laryngotomia intercricothyroidea. (Laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. Richelot. (Union médicale. 11. April und Mai und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Die wirkliche Tracheotomie ist nicht so einfach und gefahrlos, wie viele Chirurgen, und namentlich Trousseau behaupten. Verf. beschreibt fünf Fälle, wo statt der Tracheotomie die Laryngotomia intercricothyroidea gemacht wurde. Die Operation ist äusserst einfach; Hautschnitt vom Adamsapfel bis zur Prominentia cricoidea, Schnitt bis auf das Ligamentum cricothyroideum, Durchstechung desselben und Einführung der Schnabelcanüle von Krishaber. Das Messer ist dem Galvanocauter und dem Thermocauter vorzuziehen; gewöhnlich genügt es, das Ligamentum cricothyroideum einzuschneiden, selten braucht man die Cartilago cricoidea zu durchschneiden. Man muss immer die Schnabelcanüle ohne Dilatator einführen und diese Canüle darf nie 10 Millimeter übersteigen.

Dr. P. K.

Ueber eine Methode, die Schilddrüsencysten zu behandeln. (On a method of treating thyroid cyste.) (Lancet, 22. Januar 1887.)

Mayo Robson aus Leeds las in der Clinical Society of London eine Arbeit über das Thema; er empfiehlt Spaltung, Annähen des Sackes an die Haut, Drainage, antiseptischen Verband.

In der Discussion drehte sich die Debatte besonders um die Gefahr der Blutung bei der Spaltung; die Anhänger der letzteren waren der Ansicht, dass man durch Eisenchlorid, noch besser aber durch Jodoformgaze der Gefahr vorbeugen könne. Complete Ausschälung der Cyste sei noch gefährlicher und wegen der eventuellen Folgen der Totalexstirpation zu vermeiden.

Die obige Operationsmethode wird in Deutschland schon lange geübt.

Dr. M. Schm.

Operativer Verschluss einer Larynxfistel. (Notes on the Operative Closure of a Laryngeal Fistula.) Von Robert Abbe in New-York. (Verh. der N.-Y. Surg. Society, 22. Dec. 1886. — N.-Y Med. Journ., 22. Jan. 1887.)

Es handelte sich um eine im Gefolge einer zufälligen Verletzung zurückgebliebene Kehlkopffistel bei einem 45jähr. Mann, welche zum Verschluss zu bringen A. gelang, nachdem eine ganze Reihe von anderer Seite ausgeführter Versuche fehlgeschlagen hatte. Ohne Reproduction der beigegebenen Abbildung bliebe eine Wiedergabe der in Anwendung gebrachten Methode der Plastik unverständlich. A. Sch. (N.-Y.)

Verbrennung des Kehlkopfes bei einem Kinde; Tracheotomie, Heilung. (Scald of the larynx in a child, tracheotomy, recovery.) (Lancet, 16. December 1886.)

Der Fall kam in dem Jullak-Spitale unter Behandlung des Herrn Dr. Lunn vor. Das Kind war zwei Jahre alt und hatte aus einem Theekessel kochendes Wasser getrunken, eine eigenthümliche Leidenschaft englischer Kinder. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Fall von Exstirpation des Kehlkopfes ohne vorhergehende Tracheotomie. (Case of exstirpation of the larynx without preliminary tracheotomy.) Von Jordan Lloyd, Birmingham. (Lancet, 15. Januar 1887.)

Ein 51jähriger Arbeiter hatte seit einem Jahr Schwerathmigkeit. Laryngoscopisch wurde ein blumenkohlartiger Tumor links gefunden. Der Larynx wurde mit Scheere frei präparirt und dann bei hängendem Kopfe die Trachea mit dem Paquelin durchtrennt, dann während des Restes der Operation eine gebogene Glasröhre eingeführt, welche die Luftröhre abschloss und die weitere Chloroformirung gestattete. Patient starb am sechsten Tage nach der Operation. Die Section ergab purulente Bronchitis und miliare Tuberkel in beiden Lungen.

Dr. M. Schm.

Exstirpation des Kehlkopfes. (Exstirpation of the larynx.) (Lancet, 20 November 1886.)

In der Clinical Society of London fand eine Discussion über das Thema statt, eingeleitet durch die Mittheilung einer vollständigen Exstirpation durch Henry Morris und Picks, sowie zweier theilweiser Operationen durch F. Semon und Butlin. Der erste Fall starb am 8. Tage, der Semon'sche lebte noch 5 Monate, der Butlin'sche noch 3 Monate. Die Indication war in allen Fällen Epitheliom. Die beiden geheilten Patienten sprachen ohne Canüle mit leidlich guter Stimme.

Bei der Discussion zeigte sich die Stimmung der Redner der Operation im Ganzen nicht günstig; der Chirurg müsse die Fälle sorgfältigst auswählen.

In der pathologischen Gesellschaft zu Manchester berichtete Hodgkinson über einen Fall von multiplen Papillomen bei einem 40jähr. Weibe. Tracheotomie zeigte sich von günstigem Einfluss auf die Verminderung des Wachsthums der Geschwülste. Dr. M. Schm.

Totale Kehlkopfexstirpation. (Un cas d'exstirpation totale du larynx.) Von E. Lange. (Annales of Surgery, Février 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 10.)

Eine 30jährige Frau, nicht hereditär belastet, litt an einem aus papillomatösen Tumoren entstandenen Larynxcarcinom. Während der Exstirpation bewährte sich die von Lange construirte Tamponcanüle vollständig. Tod am 4. Tage durch Septicämie. Dr. P. K.

Primäres Trachealcarcinom. (Cancer primitif de la trachée.) Von Dr. E. C. Beebz. (The Hahnemannian Monthly, September 1885 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Verf. giebt die genaue Geschichte des Leidens mit neun Krankengeschichten; er giebt seine eigene Beobachtung, wo ein Medullarsarcom die unteren 2 Dritttheile der Trachea einnahm, nur nach hinten eine ganz kleine Oeffnung liess, welche man bei oberflächlicher Beobachtung gar nicht einmal sah; Patient ging an einem Erstickungsanfall zu Grunde.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Laryngealleiden bei Tabes dorsalis. (Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques.) Von Dr. Munschina. (Thèse de Paris und Revue mensuelle de laryngologie No. 2.)

Die Fasern, welche den Kern des Vagus und des Accessorius umgeben, können sich während des Verlaufes einer Tabes dorsalis sclerosiren. Die Veränderungen, welche im Larynx vor sich gehen, können demgemäss convulsivischer oder paralytischer Natur sein: Husten, Aphonia spastica, Erstickungsanfälle, apoplectiforme Anfälle. Die Larynxerscheinungen können in jeder Periode der Tabes auftreten und sind sehr oft von diagnostischer Bedeutung. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Lange: Einige Bemerkungen über die Anwendung von Milchsäure bei chronischer eitriger Mittelohrentzündung. — Schrötter: Ueber die Operation eines selteneren Kehlkopfpolypen. — Krauss: Zur Therapie der Respirationskrankheiten. — Luc: Luc'scher Schlunderweiterer zum Besichtigen des Nasenrachenraumes. (Modification des Voltolini'schen Gaumenhakens.) — Krause: Instrumente nach Dr. Krause. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Voltolini: Die Kritik des Herrn Arthur Böttcher (in Bd. XXIV, Heft 1 des Archiv für Ohrenheilkunde) über meine Aufsätze in diesem Archiv Bd. 100: „Einiges Anatomische aus der Gehörschnecke und über die Function derselben resp. des Gehörorganes" und Bd. 104: „Ueber die Gehörzähne der Schnecke des Menschen und der Säugethiere und deren Gefässe". — Bezold: Ueber die Borsäurebehandlung bei Mittelohreiterungen und die gegen dieselbe erhobenen Einwürfe. — Bishop: Neue Verfahrungsweisen bei der Behandlung von Mittelohrkrankheiten. — Buck: Ueber chronische catarrhalische Entzündung des Mittelohrs. — Bettmann: Ein Fall von acuter Mittelohreiterung mit Implication des Gehirns. — Dewèvre: Otitis hämorrhagica im Verlaufe der Bright'schen Krankheit. — Lebrun: Treatment of Haematoma of the Ear (Behandlung des Othämatoms). — Kales: Epitheliom der Ohrmuschel. — b) Rhinologische: Gellé: Ueber die nach der hinteren Tamponade bei Epistaxis zeitweilig auftretenden eitrigen Mittelohrentzündungen. — Sands: Entfernung eines fibrösen Polypen aus dem Nasenrachenraum mittelst der galvanocaustischen Schlinge. — c) Pharyngo-laryngologische: Barker: Lymphadenom der Mandel. — Morton: Analogie zwischen Croup und Asthma. — Cohen: Pseudomembranöse Abgüsse der Tonsillen und des weichen Gaumens bei Diphtherie. — Anningson: Diphtherie in Bassingbourn. — Montefusco: Fall von diphtheritischer Manie. — Turner: Ein Fall von retropharyngealem Abscess, den Tod durch Druck auf die Luftröhre verursachend. — Toeplitz: Ueber Pharyngomycosis leptothricia benigna. — Délie: Cyste der Unterzungenbeingegend. — The early History of intubation of the Larynx. — Steele: Intubation of the Larynx. — Northrup: Laryngeal Diphtheria. Intubation and pathological Anatomy. — Jenkins: Zur Intubation des Kehlkopfes. — Northrup: Practische Winke über das Vorgehen bei der Einführung der O'Dwyer'schen Canüle. — Major: Ueber Prolaps der Morgagni'schen Taschen. — Major: Eversion beider Stimmbandtaschen. — Eeman: Syphilom der beiden wahren Stimmbänder. — Zonievitch: Acute Thyroiditis bei Rheumatismus. — Rogero: Laryngitis syphylitica oedematosa. — Jacob: Syphilitic hyperplastic Laryngitis. — Buckmaster: Entzündliches Larynxödem, Erstickungsgefahr, Rettung durch heisses Wasser. — Poisson: Blutung in eine normale Schilddrüse. — Knight: Ein Fall von Perichondritis des Larynx mit Necrose des Ringknorpels. — Masini: Ueber einen Fall von primärem Larynxkrebs. — Masini: Larynxlepra. — Richolet: Laryngotomia intercricothyroidea. — Robson: Ueber eine Methode, die Schilddrüsencysten zu behandeln. — Abbe: Operativer Verschluss einer Larynxfistel. — Lunn: Verbrennung des Kehlkopfes bei einem Kinde; Tracheotomie, Heilung. — Lloyd: Fall von Exstirpation des Kehlkopfes ohne vorhergehende Tracheotomie. — Morris und Picks: Exstirpation des Kehlkopfes. — Lange: Totale Kehlkopfexstirpation. — Beebz: Primäres Trachealcarcinom. — Munschina: Laryngealleiden bei Tabes dorsalis.

Die **otologischen** Beiträge und Referate beliebe man fortan an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, die **pharyngo-laryngologischen** dagegen an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Prof. Dr. **Hack** (Freiburg i. B.), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, April 1887.** **No. 4.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Beitrag zur Histologie der Ohrpolypen.

Von

Dr. **W. Kiesselbach** (Erlangen).

Die vielen gründlichen Arbeiten, welche über den feineren Bau der Polypen des Ohres vorhanden sind, entheben mich der Aufgabe, den Lesern dieser Zeitschrift längst Bekanntes wieder vorzuführen. Ich werde mich daher in Nachfolgendem zumeist darauf beschränken können, einige Punkte zu besprechen, in welchen die Resultate meiner Untersuchungen geeignet scheinen, einiges bisher Unklare zu erläutern, oder zur Ausgleichung verschiedener Ansichten beizutragen.

Literatur: G. Meissner, Henle's Zeitschr. f. rat. Med. N. F. III, pag. 349, 1853. — Billroth, Ueber den Bau der Schleimpolypen. Berlin 1855. — Kessel, A. f. O. IV, pag. 167, 1869. — Steudener, A. f. O. IV, p. 199, 1869. — Recklinghausen, Virch. Arch. LXXXIV, pag. 425, 1881. — Moos und Steinbrügge, Z. f. O. XII, p. 1, 1882. — Hopmann, Virch. Arch. XCIII, 1883 und Monatsschr. f. O. 1885. — Weydner, Z. f. O. XIV, pag. 6, 1884.

Vor der allgemeinen Einführung des Reflectors durch v. Tröltsch nahm man an, dass die meisten Ohrpolypen im äussern Gehörgang ihren Ursprung hätten. Vermuthlich wurden die früheren Beobachter durch kleine, leicht blutende Ulcerationen, wie sie besonders häufig an der Stelle

Digitized by Google

vorkommen, wo an der unteren Wand der knorplige und knöcherne Theil im Winkel zusammentreffen, zu der Annahme verleitet, dass sie in solchen Stellen den Ursprungsort des extrahirten Polypen gefunden hätten. — Nun fand zuerst Baum, dass die meisten Ohrpolypen mit Flimmerepithel bekleidet sind, obgleich die Auskleidung des äusseren Gehörganges von der äusseren Haut gebildet wird. Weiter wies Meissner nach, dass bei vielen Polypen das Flimmerepithel wieder in Plattenepithel übergeht: „Je näher der äusseren Oeffnung zu, desto mehr nahm die Schicht der (unter den cylindrischen Flimmerzellen befindlichen) runden Zellen an Dicke zu, indem zugleich die obersten derselben grösser und den gewöhnlichen Zellen ähnlich wurden. Cylindrische Zellen wurden immer spärlicher, hier und da fanden sich noch unregelmässige, mit Cilien besetzte Zellen und endlich nahm der Ueberzug völlig den Charakter der Epidermis an.“ — Um diese eigenthümliche Metatypie des Epithels zu erklären, nahm Kessel an (die untersuchten Präparate waren von Dr. v. Biesiadecki gesammelt), dass mit der Entwicklung von Drüsen mit cylindrischem Epithel zugleich die übrige Epithelialbekleidung ihren Character ändere, indem die obersten Zellenschichten abgehoben würden, und die unterste Lage des Rete Malpighii sich zu einem Cylinderepithel gestalte. Neuerdings hat Weydner sich in Bezug auf die am innersten Ende des Gehörganges entspringenden Polypen dieser Ansicht angeschlossen.

Wir wissen jetzt, in Folge der Verbesserung unserer Untersuchungsmethode, dass die meisten Ohrpolypen aus der Paukenhöhle stammen, und dass es daher nichts Wunderbares ist, wenn sie mit Flimmerepithel bekleidet sind. Auch die Thatsache, dass gegen die Gehörgangsöffnung zu das cylindrische Epithel in Plattenepithel übergehen kann, hat ihre Erklärung durch den Nachweis gefunden, dass durch den Einfluss von Luft und Trockenheit die Cylinderepithelien sich abplatten, so dass nicht nur die freiliegenden Enden der Ohr- und Nasenpolypen, sondern auch die Schleimhaut der Paukenhöhle der Epidermis ähnlich werden. Selbstverständlich kann in letzterem Falle auch ein aus der Paukenhöhle kommender Polyp durchweg mit Plattenepithel bekleidet sein; dagegen sieht man bei den meisten dorther stammenden Polypen einen allmählichen Uebergang des Flimmerepithels in Plattenepithel von der Wurzel nach dem Ende. Am schönsten habe ich diesen allmählichen Uebergang an einem Nasenpolypen beobachtet, an welchem die an der Nasenöffnung befindliche Parthie der Epidermis glich, während in einer Ausbuchtung die tieferen Lagen der Zellen allmählich immer mehr sich streckten, so dass geschichtetes Cylinderepithel nur mit einer immer dünner werdenden Schicht von Plattenepithel bedeckt war. Weiter nach innen war nur geschichtetes Cylinderepithel vorhanden, dessen oberste Lage am Grunde der Ausbuchtung Wimpern trug.

Eine andere Art der Anordnung verschiedenartigen Epithels habe ich bei Polypen gefunden, welche am innern Ende des äusseren Gehörgangs entsprangen. Hier waren die beiden Epithelarten schon an der Wurzel vorhanden, so dass ein Theil der Peripherie Cylinderepithel (mit Zottenbildung) trug, während der andere Theil mit glatter Epidermis bekleidet war. Die beiden Epithelarten zeigten in den Grenzbezirken nicht die gewöhnlichen Uebergangsformen, sondern gingen ohne Vermittelung

Digitized by Google

in einander über. Ich glaube nun nicht, dass hier eine Umwandlung des Plattenepithels in Cylinderepithel stattgefunden hat (Weydner), sondern halte es für wahrscheinlicher, dass die Bedeckung derjenigen Polypen, welche an der Grenze von Haut und Schleimhaut entspringen, auch von diesen beiden geliefert wird.

Die Polypen des äusseren Gehörgangs haben immer Plattenepithel; die Oberfläche war in den von mir beobachteten Fällen immer glatt (ohne Furchen und Zotten), während nach innen Papillenbildung bald vorhanden war, bald nicht, und zwar trat die Papillenbildung um so mehr zurück, je tiefer im Gehörgang der Polyp entsprungen war.

Das Vorkommen von Schleimdrüsen wird jetzt von den meisten Autoren in Abrede gestellt, und habe ich gleichfalls in den meisten meiner Präparate nichts gefunden, was auch nur entfernt einer Drüse ähnlich sieht. Nur in einem, aus einer Perforationsöffnung im hinteren oberen Quadranten hervorragenden Rundzellenpolypen fanden sich auf einigen Durchschnitten in der Umgebung einer Cyste mehrere, mit einfachem, niedrigem Cylinderepithel ausgekleidete Lücken, welche ganz dasselbe Aussehen haben, wie die erweiterten Acini der Nasen-Schleimpolypen. In mehrere Cysten desselben Polypen münden ausserdem Schläuche ein, wie die von Steudener beschriebenen, welche mit einem hellen Secrete angefüllt waren.

Cysten fanden sich in zwei Fällen:

1) in dem erwähnten Rundzellenpolypen befinden sich mehrere Cysten, die mit einer Flüssigkeit gefüllt sind, in welcher sich Zellen der verschiedensten Gestalt befinden. Ausser den in allen vorhandenen Wanderzellen sieht man noch gut erhaltene, abgestossene Epithelzellen, theils spindelförmig, theils an dem einen Ende abgestumpft. In einigen dieser Hohlräume ist dagegen das Epithel auf eigenthümliche Weise verändert. An der Wand sieht man grosse, halbkugelförmige, mit mehreren Kernen versehene Zellen, welche mit der flachen Seite der Wand aufsitzend, etwaige Unebenheiten derselben nachbilden, und an ihrer ganzen freien Oberfläche mit Wimpern besetzt sind. Daneben kommen keulenförmige Zellen vor, deren heller Stiel mit etwas verbreitertem Ende der Wand aufsitzt. Das kolbenförmige Ende hat ebenfalls mehrere Kerne, aber keine Wimpern. — Unter den abgestossenen, in der Cysten-Flüssigkeit suspendirten Zellen sieht man nun alle möglichen Uebergangsformen zu den von Moos und Steinbrügge beschriebenen (l. c. Tafel II, Fig. 6a) keulen- und sternförmigen Zellen. Einige haben noch dieselbe Form, wie die an der Wand aufsitzenden; andere, noch mit Wimpern versehen, treiben an verschiedenen Stellen Fortsätze, und endlich finden sich kugelförmige Riesenzellen, theils mit, theils ohne Fortsätze.

2) Ein weiterer Fall von mehrfacher Cystenbildung fand sich im Centrum eines aus der Paukenhöhle entspringenden Fibroms. Es finden sich sieben Cysten von verschiedener Grösse nebeneinander, durch dünne Zwischenwände getrennt, deren Epithel alle möglichen Verschiedenheiten zeigt, vom Plattenepithel bis zum mehrschichtigen Flimmerepithel. An einigen Schnitten sieht man nur Plattenepithel, an anderen vorwiegend cylindrisches, während dann wieder alle Arten von Epithel mit ihren Uebergangsstufen auf demselben Schnitte zu sehen sind, mit Ausnahme des niedrigen, fast plattenförmigen Epithels mit Wimpern, welches in

Digitized by Google

Nasenpolypencysten häufig angetroffen wird. Dieses Verhalten stimmt vollkommen mit den Befunden von Recklinghausen in Bezug auf die Auskleidung von Cysten an anderen Körperstellen überein.

Es kann sich in letzterem Falle, da dieser Polyp durchaus keine Drüsenbildungen zeigt, nur um die Bildung von Hohlräumen durch Verwachsung und Ueberwucherung von Falten oder Zotten handeln, während wir es in dem ersten Falle mit Retentionscysten zu thun haben.

Endlich möchte ich noch auf Befunde aufmerksam machen, die mit dem von Moos und Steinbrügge beschriebenen centralen Cholesteatom (l. c. Fall 37, Taf. II, Fig. 7) eine grosse Aehnlichkeit besitzen, und daher leicht damit verwechselt werden könnten. Es sind dies Durchschnitte, welche das cylindrische Epithel so getroffen haben, dass nur die Enden desselben ohne Kerne vorhanden sind. Eine überraschende Aehnlichkeit mit der erwähnten Abbildung bekommen wir aber besonders dann, wenn am Grunde einer Ausbuchtung die peripher gelegenen cylindrischen Zellen ebenfalls quer getroffen sind, aber unterhalb der Kerne.

Nach der Beschaffenheit des Gewebes würde ich die Polypen eintheilen in:

1) Rundzellenpolypen (Granulationsgeschwülste),
2) Schleimpolypen (Fibrome mit areolärem Bau und mucinhaltiger Zwischensubstanz),
3) Myxome,
4) Fibrome.

Gegen die Bezeichnung „Schleimpolypen" sind von zwei Seiten Einwände erhoben worden. Moos und Steinbrügge wenden dagegen ein, dass die Ohrpolypen überhaupt keine Schleimdrüsen besitzen; Hopmann verwirft den Namen für die gleichgebauten Polypen der Nase deshalb, weil die Substanz zwischen dem aus Spindel- oder Sternzellen und Bindegewebsfibrillen bestehenden Netzwerk albuminhaltig, daher als ödematöse Durchtränkung anzusehen sei. Diese Ansicht stützt Hopmann darauf, dass das frisch gewonnene Serum der „ödematösen Fibrome" beim Kochen wie Hühnereiweiss gerinnt, während Mucin durch Erhitzen nicht coagulirt.

Die Schleimpolypen haben aber nach der Eintheilung von Steudener ihren Namen nicht von dem Vorkommen von Schleimdrüsen erhalten, sondern weil die Zwischensubstanz zwischen den Fibrillen durch Zusatz von Essigsäure etc. fein granulirt wird, also mucinhaltig ist, während Eiweiss durch Essigsäure gelöst wird. Die Gegenprobe von Hopmann ist eine unvollständige, da er zwar die Anwesenheit von Eiweiss in dem frischen Serum nachwies, dagegen das Vorhandensein von Mucin nicht ausschloss. Die Anwesenheit von Eiweiss ist selbstverständlich, da dem ausfliessenden Safte immer Blut beigemischt ist, wie die microscopische Untersuchung ergiebt. Durch Zusatz von Essigsäure entsteht aber auch in dem frischen Serum Trübung.

Der Gestalt nach finden wir alle Uebergänge von ganz glatter Oberfläche zur Bildung von Lappen und Zotten, und treten letztere oft so hervorragend auf, dass es gerechtfertigt scheint, wie Hopmann es in Bezug auf die Nasenpolypen gethan hat, auch bei den Ohrpolypen die Papillome als eigene Unterabtheilung aufzustellen.

Digitized by Google

Zur Casuistik der Warzenfortsatz-Erkrankungen.

Von

Dr. **C. Keller** in Köln.

Die Eröffnung des Warzenfortsatzes bei manifester Erkrankung desselben in Folge von Fortleitung eitriger Processe vom Mittelohre her ist heut zu Tage, Dank den bahnbrechenden Arbeiten von Schwartze, ein unbestrittener und kategorischer Factor in der Behandlung chronischer Otorrhöen geworden, dessen Nichtbeachtung oder Vernachlässigung schwerlich eine Rechtfertigung mehr finden dürfte. Eine geringere Uebereinstimmung jedoch herrscht unter den Ohrenärzten bezüglich der Zweckmässigkeit oder Nothwendigkeit der Operation in jenen Fällen, wo der Zusammenhang einer Affection des Warzenfortsatzes mit einer Mittelohrentzündung weniger klar zu Tage tritt, besonders bei Otitis media mit imperforirtem Trommelfelle. Hier wird die Entscheidung über die einzuschlagende Behandlung der genauen Abwägung der im Einzelfalle gegebenen Verhältnisse vorbehalten bleiben, und es am gerathensten sein, sich der Aufstellung oder Befolgung allgemeinerer Regeln vor der Hand überhaupt zu enthalten. Von diesem Gesichtspunkte aus kann eine zahlreiche, von den verschiedensten Beobachtern zusammengetragene Casuistik nur erwünscht sein, wozu ich mir folgenden Beitrag zu liefern erlaube.

Ein 30jähriger Herr, Bauführer, war Ende December 1885 längere Zeit einem heftigen, besonders auf die linke Kopfseite einwirkenden Zugwinde ausgesetzt gewesen, in Folge dessen sich alsbald neben einem starken Schnupfen ein linksseitiger Mittelohrcatarrh einstellte. Bei der ersten Untersuchung (4. Januar) erschien das Trommelfell mässig geröthet, etwas stärker am Hammergriff und im hinteren oberen Quadranten; im Uebrigen nicht verändert; Luft dringt leicht in die Paukenhöhle ein mit geringen Rasselgeräuschen; Uhr = 10 Ctm., nach der Luftdouche = 20 Ctm., Flüstersprache in 5′ Entfernung; mässiger stechender Schmerz und Sausen im Ohre sowie Druck in der linken Kopfseite; auf hydropathische Umschläge Besserung, am 14. Januar jedoch, da Patient sich nicht genügend schonen kann, Zunahme der Ohrschmerzen; geringe Vorbauchung des hinteren oberen Quadranten; Paracentese entleert kaum etwas Secret. Während in den nächsteu 14 Tagen die Entzündungserscheinungen am Trommelfell mehr und mehr schwanden, die Paracentesenöffnung verheilte und die Ohrenschmerzen sich verloren unter Zunahme der Hörschärfe, steigerte sich der linksseitige Kopfdruck bald bis zu excessivem Schmerzgefühl, besonders an einer circumscripten Stelle des Scheitels sowie, wenngleich weniger heftig, am Warzenfortsatze; dabei hatte Patient das Gefühl der Schwellung der Kopfhaut der afficirten Seite, ohne dass jedoch eine solche objectiv nachweisbar gewesen. Eisblase, Tr. jodi auf den Warzenfortsatz. Am 16. Februar acut auftretendes Oedem am Proc. mast., und zwar hauptsächlich oberhalb und vor der Insertion der Ohrmuschel; keine Schwellung der hinteren Gehörgangswand. Tiefe Incision über den ganzen Warzenfortsatz bis auf den Knochen, ziemlich starke Eiterentleerung eines subperiostealen Abscesses; das Periost in grösserer Ausdehnung gelöst, der Knochen an mehreren

Digitized by Google

Stellen, nahe der Ohrmuschelinsertion, exquisit rauh mit deutlich erweiterten Gefässöffnungen; Knochenfistel nicht nachweisbar. Antiseptischer Verband, Drain. Nachlass der Schmerzen, erquickender Schlaf nach langer Zeit. Bereits am nächsten Tage fühlte sich der Knochen nicht mehr rauh an bis auf eine $^3/_4$ Ctm. betragende Stelle; es bedurfte dreier Wochen bei andauernder Eiterung, bis auch diese Parthie sich mit Granulationen überdeckt hatte; ein necrotisches Knochenstück ist nicht ausgestossen worden. Die Eiterung aus der Wunde wurde jedoch nicht blos von dieser Stelle unterhalten, vielmehr bestand noch eine leicht nachweisliche Communication mit der Scheitel- und Hinterhauptsgegend, von woher zeitweise durch Druck grössere Eitermengen entleert werden konnten; die Ende März geschlossene Hautfistel brach kurze Zeit nachher noch einmal auf, um alsdann nach 8 Tagen definitiv zu verheilen. Während dieser Eiterung am Warzenfortsatze war die Mittelohrentzündung zurückgegangen, ohne dass jemals Otorrhoe aufgetreten; die Hörweite betrug 60 Ctm. für die Uhr; Trommelfell zeigte im hinteren oberen Quadranten eine hirsekorngrosse, röthliche, granulationsähnliche Wulstung ohne Perforation; Lichtkegel fehlt; im Ohre besteht ein permanentes leises Singen.

Epicrise. Als die Incision auf den Knochen denselben vom Periost entblösst und an verschiedenen Stellen rauh erwies, musste die Frage entstehen, ob nicht der Incision die sofortige Eröffnung des Warzenfortsatzes zu folgen habe, eine Frage, welche ohne Zweifel besonders von Jenen bejaht worden wäre, welche, gestützt auf eine grosse Reihe glücklicher Erfahrungen in anderen Fällen von Eröffnung des Proc. mastoid. und mit klinischen Hilfsmitteln und Assistenz auf's Beste ausgerüstet, in der Lage sind, zur Ausführung der Operation keiner so grossen Entschliessung zu bedürfen, selbst auf das Risico hin, dieselbe unnöthiger Weise zu unternehmen. Zaufal z. B. resümirt seine diesbezüglichen Erfahrungen folgendermaassen (Arch. für Ohrenheilk. XVII, 3): „Eine Reihe von Fällen hat mich gelehrt, dass dort, wo bei Otitis media mit imperforirtem Trommelfell stürmische Erscheinungen, und seien es auch nur anhaltende intensive Ohr- und halbseitige Kopfschmerzen ohne weitere cephalitische Erscheinungen durch Monate hindurch anhalten, die Paracentese des Trommelfells vereint mit energischen Durchspritzungen durch die Tuba nur selten von dauerndem Erfolg ist und dass endlich doch nur die Trepanation zu rascher Heilung führt."

Des Weiteren citire ich eine Ausführung von Hessler (Arch. für Ohrenheilk. XXII, 1); derselbe fand in einem Falle, dessen specielle Verhältnisse ihm die Eröffnung des Warzenfortsatzes unter allen Umständen, auch bei äusserlich gesundem Knochen, nöthig erscheinen liessen, die Knochendecke nach Eröffnung eines subperiostealen Abscesses verfärbt, mit mehreren feinen Gefässlöchern versehen, und bespricht diesen Befund folgendermaassen: „Als ich unerwartet pathologische Veränderungen am Warzenfortsatze fand, die Verfärbung und vielfache Gefässlöchererweiterung in seiner Mitte, waren meine vielfachen und gravirenden Bedenken gegen die Aufmeisselung hinfällig geworden. Denn diese Zeichen bedeuteten, dass die Ohrentzündung sich nicht auf die Schleimhaut mehr beschränkt, sondern auf den Knochen selbst weiter gegangen und zur Einschmelzung desselben geführt hatte. Von der gleichzeitigen

Digitized by Google

Periostitis konnten diese Veränderungen nicht stammen, da ich sie bisher in meinen Fällen von reiner Periostitis mit einfacher Eiterung der Mittelohrschleimhaut noch nicht gesehen hatte. In allen Fällen mit den genannten Erscheinungen habe ich Eiter und acute Caries an der Innenseite der Warzenfortsatzwandungen vorgefunden und erachte deshalb diesen Befund für eine absolut sichere Indication für die frühzeitige Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in selbst sehr frischen Fällen.“ Der Verlauf des von mir geschilderten Falles dürfte jedoch darthun, dass diese Indication wenigstens eine strittige ist, eine Eröffnung des Warzenfortsatzes den supponirten Eiterherd und die acute Caries an der Innenseite des Proc. mast. nicht ergeben hätte (cf. hierzu den 84. Fall der Schwartze'schen Operationsreihe).

Gerade wie Jacobi in einem ähnlichen Falle (Arch. für Ohrenheilk. XV, 4) bin auch ich geneigt, die Periostitis in meinem Krankheitsfalle als primäre anzusehen, welche zu der Ohrerkrankung in keinem andern Verhältnisse steht, als dass beiden Processen dieselbe Entstehungsursache, die Erkältung durch scharfen Zugwind, zu Grunde gelegen hat. Die Schmerzen bezogen sich im Anfange der Erkrankung nicht vorzugsweise auf den Warzenfortsatz, vielmehr erstreckten sich dieselben über die gesammte linke Kopfseite, namentlich ausgesprochen auf der Höhe des linken Scheitelbeins; erst später, als es zur subperiostealen Eiterung gekommen, wurde der Proc. mast. in den Vordergrund der Affection gestellt, und zwar nach meinem Dafürhalten lediglich auf Grund der für die Eitersenkung am Scheitel gegebenen anatomischen Verhältnisse. Es findet nämlich der Eiter bei seiner Senkung vom Scheitel her eine für sein Vordringen nach der Tiefe der Schläfengrube undurchbrechbare Barrière an dem auf's Festeste mit dem Knochen im Bereiche der Lin. semicircularis verwachsenen Perioste, dem zu Folge derselbe dem hinteren Rande des Musc. tempor. entlang seinen Weg nach unten nehmen und sich in der Gegend des Warzenfortsatzes zuerst oberhalb und etwas vor der Insertion der Ohrmuschel zeigen muss; erst später, wie dies im obigen Falle thatsächlich zu constatiren war, dehnt sich die Schwellung über den ganzen Proc. mast. sowie weiter rückwärts nach dem Hinterhaupte zu aus. Wird der Abscess nicht künstlich entleert, so kann es zum Durchbruch des Periosts und zur Eitersenkung im Unterhautzellgewebe nach Hals- und Nackengegend bis zum Mediastinum hin kommen; diese Eitergänge können persistiren, nachdem die Periostitis selbst zur Heilung gekommen und so jene in ihrer Genese oft schwer zu deutende Fälle darstellen, wie solche von Voltolini, Schwartze, Knapp u. A. mehrfach beschrieben worden sind.

Die Möglichkeit eines solchen, von einander völlig unabhängigen gleichzeitigen Vorkommens von acuter Mittelohrentzündung und Periostitis derselben Kopfseite hat sich mir in eclatanter Weise im folgenden Falle gezeigt. Ein 40jähr. Metzger, welcher in seinem Geschäftslocale einem andauernden, hauptsächlich die linke Kopfhälfte treffenden Luftzuge ausgesetzt war, erkrankte an linksseitiger Otitis media mit Perforation im vorderen unteren Quadranten und schleimig-seröser Secretion. Uhr im Contact = 0. Gleichzeitig stellten sich heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen in der linken Schläfe, nach dem Scheitel hin ausstrahlend, ein; zur Zeit der Schmerzanfälle, die den Patienten Tag und Nacht auf's

Digitized by Google

Aeusserste angriffen, war eine Schwellung der Kopfhaut deutlich zu constatiren; der Warzenfortsatz war und blieb stets von Schmerzen und Schwellung frei. Auf energische Eisapplication ging die Entzündung zurück, die Schmerzhaftigkeit verlor sich völlig, ohne dass es zu Eiterbildung unter dem Periost gekommen wäre, während der Mittelohrcatarrh noch 14 Tage mit profuser Secretion anhielt. Würde hier die Periostitis zur Eiterung geführt haben und es im Verlauf derselben zu einer secundären Schwellung am Warzenfortsatze gekommen sein, so würde für den erst zu diesem Zeitpunkte hinzugezogenen Arzt nichts näher gelegen haben, als die Anschwellung auf dem Proc. mast. mit dem Mittelohrcatarrhe in Zusammenhang zu bringen; Fälle dieser Art, welche leicht zu einer voreiligen Therapie Veranlassung geben können, dürften nicht so gar selten sein.

Bemerkenswerth ist in dem oben geschilderten Falle noch der Umstand, dass es in verhältnissmässig kurzer Zeit bereits zu oberflächlicher Necrose des Knochens gekommen war, ohne dass Scrophulose, Syphilis oder Tuberculose nachweislich war; vielleicht wurde das Periost an einzelnen Stellen des Warzenfortsatzes durch den Eiter so rasch abgehoben, dass es nicht mehr zu einer schnellen Ausgleichung der gestörten Circulation in den äussersten, nur vom Periost ernährten Knochenparthien kommen konnte, wodurch dieselben einer oberflächlichen Necrose anheimfielen; für das supponirte plötzlich erfolgende Abheben des Periost vom Knochen spricht das in der Krankengeschichte erwähnte überaus acute Auftreten des beträchtlichen Oedems auf dem Warzenfortsatze.

Aus der angeführten Krankengeschichte dürfte sich ergeben, dass der Befund am Knochen, wie der eingehends erwähnte, an und für sich keine Indication zur Eröffnung des Warzenfortsatzes darstellt, es vielmehr gerathen erscheint, nachdem für genügenden Eiterabfluss Sorge getragen wurde, es abzuwarten, ob die unverändert anhaltenden Schmerzen oder sonstige Symptome eine grössere Berechtigung oder die zwingende Nothwendigkeit zur Operation ergeben.

Die locale Behandlung der Erkrankungen der Trachea und Bronchien.

Von

Dr. **Max Schaeffer** in Bremen.

Auf der vorjährigen Naturforscher-Versammlung in Berlin war ich des Höchsten überrascht, als die Möglichkeit, flüssige und pulverförmige Medicamente direct in die Trachea und Bronchien — erster Ordnung wenigstens — zu Heilzwecken zu bringen, fast allseitigem Zweifel begegnete.

Dr. Reichert in Rostock beschrieb damals sein Verfahren, Lungencatarrhe durch directe Einspritzungen in den betreffenden Bronchus zu behandeln und demonstrirte dasselbe auch den Herren Collegen, welche an der Durchführbarkeit dieser Methode gezweifelt hatten. Ich glaube, er hat die Zweifel bezüglich der Ausführbarkeit widerlegt und wenig-

Digitized by Google

stens die Möglichkeit, medicamentöse Stoffe direct in die Trachea und Bronchien zu bringen, ohne irgendwelche bedeutendere Nebenerscheinungen hervorzurufen, gründlich bewiesen.

Dr. Reichert hatte früher schon (Archiv f. clinische Medicin, 37 Bd., Hft. 5, pag. 465) über diese Behandlungsmethode bei Lungentuberculose und ihre Heilbarkeit dadurch berichtet.

Man mag über den letzten Punkt nun denken, wie man will, so bleibt doch das Eine gewiss, dass man in Trachea und grössere Bronchien wenigstens Medicamente gefahrlos einbringen kann.

Da ich nun lange vor Reichert's Veröffentlichung verschiedene Erkrankungen der Trachea und grösseren Bronchien auf diese directe Weise mit bestem Erfolge behandelt habe, dabei aber immer dachte, das thäten alle Laryngoscopiker bereits und deshalb darüber schwieg, so veranlassen mich die von der grösseren Anzahl der versammelten Collegen ausgesprochenen Zweifel über die Möglichkeit und Zweckdienlichkeit dieser Methode, mit meinen Erfahrungen in dieser Beziehung hervorzutreten.

Auf welchen Grund stützten sich diese Zweifel?

Es hiess fast allgemein: „Bei Einführung von flüssigen oder pulverförmigen Medicamenten in die Trachea entsteht ein lebensbedrohender Spasmus glottidis."

Die Herren haben Recht, aber nur bis zu dem Punkte, dass sie behaupten, es gäbe kein sicheres Mittel, denselben schnell zu beseitigen, resp. hintanzuhalten.

„Denn das Nasenzuhalten, Wassertrinkenlassen genüge nicht, und schrecke die furchtbare Angst und Athemnoth — scheinbare, sage ich — Patienten und Arzt von weiteren Versuchen mit dieser Behandlung ab."

So ging es mir im Anfange allerdings auch, bis ich die Ursache dieser — scheinbaren — Athemnoth näher erforscht hatte.

Ich hatte in meinen Arbeiten über Asthma (Deutsche med. Wochenschrift No. 12, 1875 und No. 32 u. 33, 1879) den Inductionsstrom zur Bekämpfung der Asthma-Anfälle empfohlen. Es fiel mir die Aehnlichkeit der asthmatischen Dyspnoe mit der scheinbaren Athemnoth der mit medicamentösen Stoffen in der Trachea behandelten Patienten auf. — Die Patienten glauben zu wenig Luft zu haben und athmen in Folge dessen beständig Luft ein, und ist die Trachea, sind die Bronchien damit überfüllt — acute Lungenblähung nach B. Fränkel — dann fangen sie an, die Luft auch noch durch Schluckbewegungen in den Oesophagus und Magen hineinzutreiben.

Die in die Trachea und Bronchien hineingepresste, comprimirte Luft erzeugt den Spasmus glottidis durch den Reiz auf die Unterfläche der wahren Stimmbänder. Der Kranke springt auf, kalter Schweiss bedeckt sein Gesicht, er greift sich ängstlich nach dem Halse. Ein ängstliches Bild! Endlich wird der Reiz auf die wahren Stimmbänder zu gross, sie weichen schliesslich, wie ich glaube, direct dem mechanischen Drucke aus, und mit Donnergepolter entleert sich die Luft aus der Trachea, den Bronchien, zuletzt Oesophagus und Magen. Ein förmlich krachendes Rülpsen schafft dem Patienten Erleichterung und tief aufathmend freut er sich, nicht erstickt zu sein. Nicht um Alles möchte er diese Angst nochmals ausstehen.

Digitized by Google

Dieses Bild stand wohl der Mehrzahl der opponirenden Collegen vor Augen und gaben sie deshalb ihren Zweifeln Ausdruck.

Wie gesagt, brachte mich die von mir im Asthma-Anfalle angewandte und angegebene Behandlung mit dem Inductionstrome auf den Gedanken, denselben auch bei dem Spasmus glottidis zu versuchen.

Hatte ich das Pulver etc. in die Trachea applicirt und schienen obenangeführte Symptome eintreten zu wollen, dann setzte ich links und rechts vom Larynx die Electroden an und sah bei kräftigem Strom wie mit einem Schlage den Spasmus glottidis aufhören.

Das wäre das eine Mittel, welches sich mir, nebenbei gesagt, auch beim Spasmus glottidis eines rhachitischen Kindes auf's Glänzendste bewährte.

Im Verfolge des Gedankens, dass es sich beim Spasmus glottidis nach Application von medicamentösen Stoffen in die Trachea und Bronchien nur mehr oder minder um eine exspiratorische Dyspnoe handle, kam ich aber auf ein viel einfacheres Mittel, denselben zu umgehen, welches, wenn der Patient einigermaassen aufpasst, nie im Stiche lässt.

„Man lässt den Patienten recht tief ausathmen, währenddem führt man den Spiegel ein; dann lässt man ihn Ä! sagen, währenddem führt man den Insufflator, die Injectionsspritze, ein; dann lässt man den Patienten ruhig einathmen und applicirt während dieser Inspiration das Medicament."

Auf diese einfache Weise wird der Spasmus glottidis jedesmal umgangen und steht somit von dieser Seite der Anwendung der Methode kein Hinderniss im Wege.

Bei Kindern gestaltet sich die Sache oft schwieriger; sie sind ängstlich und befolgen dadurch die Athemvorschriften nicht genau. Auf der anderen Seite aber fand ich, dass dieselben an sich weniger zu Spasmus glottidis zu neigen scheinen. Bei ihnen und auch bei Erwachsenen, welche absolut nicht aufpassen lernen, applicire ich die Pulver von der Nase aus in der Weise, dass ich den Mund schliessen und die Luft allein durch die Nase einziehen lasse. In diesem Momente blase ich das Pulver ein — einstäuben genügt nicht — und gelangt das Pulver wenigstens bis in den oberen Abschnitt der Trachea.

Bei Reichert's Verfahren tritt nicht leicht Spasmus glottidis ein, weil derselbe mit der Canüle der Spritze zwischen die Stimmbänder durchgeht und dieselben dadurch gleichsam mechanisch geöffnet erhält.

Wie werden nun die Medicamente von der Schleimhaut der Trachea und Bronchien aufgenommen und vertragen, resp. welche Wirkungen lassen sich damit erzielen?

Ich spreche hier zuerst mehr im Allgemeinen, um später die einzelnen Krankheitsformen aufzuführen.

Die Schleimhaut des mittleren Respirationstractus, denn diesen Abschnitt trifft man doch wohl sicher mit den Medicamenten, verträgt auffallend gut die Application von Acidum boricum, Aluminium acetico-glycerinatum siccum, Jodoform mit und ohne Acidum boricum in Pulverform, Natr. benzoic. pulv. 2,0 mit 10,0 Talc. gemischt, auch schwache Argent. nitric.-Talcumpulver.

Die drei erstgenannten Pulver dürfen aber nicht sehr fein pulverisirt

Digitized by Google

sein, sonst ballen sie sich auf der feuchten Schleimhaut in Klümpchen zusammen und werden wirkungslos ausgehustet. Diese Pulver müssen eine ganz fein crystallinische Form behalten; es bohren sich dann die einzelnen Crystalle förmlich in die Schleimhaut ein und werden dort genügend lange Zeit festgehalten, um durch das Secret gelöst zu werden und ihre Wirkung äussern zu können. Die übrigen Pulver, welche sich leichter lösen, ballen sich nicht so leicht zusammen und werden sie deshalb am besten in möglichst fein vertheiltem Zustande applicirt.

Es ist dabei vollkommen in die Hand des Arztes gegeben, das Pulver mehr auf die rechte oder linke Seite der Trachea zu appliciren, in den linken oder rechten Bronchus, durch entsprechendes Schräghalten der Mündung des Insufflators, ohne dass er deshalb, wie bei Reichert's Verfahren, mit dem Instrumente zwischen die Stimmbänder hindurchzugehen braucht.

Je nach dem höheren oder tieferen Sitz der Erkrankung wird mit mehr oder minder starkem Drucke der Balloninsufflator entleert. Denn ich blase die Pulver für gewöhnlich nicht ein, sondern benutze den Balloninsufflator, weil es für die Patienten nicht angenehm ist, die Ausathmungsluft des Arztes in ihre Luftwege zu bekommen.

Ist das Pulver in der angegebenen Weise eingestäubt, dann fühlt der Patient dem Sternum entlang ein leichtes Kitzeln, Brennen, ein deutliches Wärmegefühl; er kann meist ganz genau angeben, wie tief das Pulver eingedrungen ist. Erst nach einiger Zeit erfolgen einige Hustenstösse, mit welchen je nachdem grosse Mengen Schleimes entleert werden. Erachtet man es für angebracht, dann kann man getrost die Procedur wiederholen.

Bei der Application flüssiger Medicamente ist der Reiz bedeutender, weil wohl der Strahl der Flüssigkeit sich weniger vertheilt als das Pulver, welches sich nach unten hin kegelförmig verbreitet.

Versuche, die flüssigen Medicamente mittelst des Frey'schen Larynx-Sprays in die Trachea zu appliciren, misslangen, weil der Eingriff damit nicht schnell genug vor sich geht.

Bis jetzt habe ich nur die Cadier'sche Creosotlösung und eine schwache Jodkalijodcarbolglycerinlösung zu Einspritzungen verwandt.

Betrachtet man nach der Application der Medicamente die Schleimhaut, so ist dieselbe um einige Nüancen dunkler geröthet, als vorher, und bleibt es je nachdem 8—10 Stunden. Darnach tritt bereits die Reaction ein und am nächsten Tage habe ich die entzündlich geschwellte und geröthete Schleimhaut oft schon bedeutend abgeschwellt und abgeblasst gefunden.

Die Application der Medicamente wird, wie bei den Krankheiten der Nase, in verschieden kürzeren oder längeren Zwischenräumen wiederholt.

Ueble Folgen habe ich nie beobachtet. Die Patienten gewinnen zu dieser Behandlungsweise, wenn dieselbe, ohne Spasmus glottidis hervorzurufen, ausgeführt wird, sehr schnell Vertrauen, weil sie fühlen, dass das Medicament direct an die Stelle kommt, welche sie krank wissen. Die Kranken erlangen auch bald eine grosse Uebung in der richtigen Einathmung und unterstützen dadurch wesentlich den Arzt.

Welche specielle Krankheitsformen eignen sich für diese Behandlungsmethode?

Digitized by Google

1) Die acute und chronische Laryngitis, welche sich in den unteren Larynxraum hinaberstreckt.

2) Alle Formen der Tracheitis und Bronchitis, bei welchen die Patienten über ein Gefühl von Wundsein dem Sternum entlang bei jedem Athemzuge klagen. Dieses Schmerzgefühl verliert sich bereits nach 1—2 Einstäubungen und wird die acute Form dieser Erkrankung oft in 8 Tagen durch diese Behandlung beseitigt.

3) Die sogen. Grippe, ein epidemischer Catarrh der Trachea, welcher mit gastrischen Erscheinungen verläuft. Dieselbe erstreckt sich häufig in die Bronchien erster Ordnung, wo sie dieser Behandlung immerhin noch zugänglich ist.

4) Die Tracheitis sicca, die sich öfter an die Laryngitis sicca s. atrophica anschliesst. Das Bild, welches Lublinski (Deutsche Medicinal-Zeitung No. 99, 1886) von letzterer entworfen hat, passt stricte auch auf die erstere. Bei dieser Form der Erkrankung der Trachealschleimhaut benutzte ich zu den Einspritzungen meine sog. Jodkalilösungen (Börner's Reichs-Medicinal-Kalender) mit nachfolgenden Einstäubungen. Die zähen Borken lösen sich rasch und verläuft die Erkrankung ungemein leichter und weniger unangenehm für den Patienten.

5) Bei den oft tief in den unteren Larynxraum sich erstreckenden tuberculösen Granulationsgeschwüren sowohl in der Incisura interarytaenoidea, wie in der vorderen Commissur benutzte ich die Cadier'sche Creosotlösung mit nachfolgenden Einstäubungen.

6) Ebenso leisteten mir diese Einspritzungen gute Dienste bei Laryngitis haemorrhagica, welche ja hauptsächlich im unteren Larynxraume verläuft.

7) Syphilitische Ulcera wurden im oberen Theile der Trachea mit Jodoformborsäure mit Erfolg behandelt.

Die Erfolge dieser Behandlungsmethode sind überraschend bei den acuten Erkrankungen.

Ebenso wurden bei den chronischen Formen nicht nur die auftretenden Exacerbationen rascher durch sie beseitigt, als durch irgend eine andere Behandlung, sondern es wird auch die Schleimhaut allmählig zur Norm zurückgeführt und so den Recidiven vorgebeugt.

Die Heilungsvorgänge sind dieselben wie bei den Erkrankungen der Nasenschleimhaut und gehe ich deshalb nicht weiter darauf ein. Nur kommt bei den Erkrankungen der Trachea, Bronchi als Unterstützungsmittel für die Behandlung der freiere Zutritt der Luft auf die erkrankte Schleimhaut zu Hilfe, welcher bei den Nasenerkrankungen, durch diese selbst, im Anfange wenigstens, häufig behindert ist.

Die Medicamente wirken also

1) direct gegen die entzündlichen Erscheinungen,

2) als kräftige Expectorantien, indem durch die nach der Application erfolgende Contraction der elastischen Schleimhautelemente die Borken sich lösen und aus den Drüsen das Secret förmlich herausgepresst wird, ohne dass der Magen mit Arzneien beschwert wird.

3) Ob dieselben ausser ihrer zweifellos antiseptischen Wirkung auch eine antibacilläre entfalten, lasse ich dahingestellt.

Wie viel Medicin müsste ein Patient verschlucken, ehe eine solche

Digitized by Google

Menge des die Entzündung bekämpfenden und lösenden Medicamentes durch das Blut zu der erkrankten Schleimhaut gelangt?

Die mit der Beseitigung der sonstigen entzündlichen Erscheinungen gleichzeitig eintretende Abschwellung der Schleimhäute melden die Patienten bald selbst. Sie waren oft bedenklich kurzathmig, mussten rasches Gehen, Treppensteigen vermeiden und wurden Nachts durch Stridor im Schlafe gestört.

Nach allen Beobachtungen bei Staubinhalationen etc. wissen wir, dass die schädlichen Stoffe — also auch die Krankheitsstoffe, sich in grösster Menge in den ersten Luftwegen ansammeln; ihnen direct auf den Leib zu rücken, ist diese Behandlungsmethode mehr als jede andere geeignet.

Die chronischen Erkrankungen der Trachea erzeugen allmählig eine Verengerung des Lumens der Trachea, welche von wesentlicher Bedeutung für die Lungenathmung wird, abgesehen davon, dass bei jeder neuen Entzündung sich der Process auf die Bronchien feinerer Ordnung fortsetzen kann und somit eine normale Ventilation der Lungen schliesslich zur Unmöglichkeit und die Veranlassung zur Entstehung schwerer Erkrankungen des Lungengewebes selbst wird.

In einzelnen Fällen sind ja schon längst endolaryngeale Aetzungen von Geschwüren, Granulationen in der Trachea gemacht, sogar Stenosen der grossen Bronchien durch endolaryngeale Dilatation beseitigt worden.

Eine allgemeine Methode, die Erkrankungen der Trachea und Bronchien auf endolaryngealem Wege zu behandeln, hat aber bisher nicht Platz gegriffen.

Wenn ich früher glaubte, dass eine Anzahl von Fachcollegen, wie ich, vielleicht seit Jahren stillschweigend, diese Methode geübt hätten, so bin ich nach den Discussionen auf der Naturforscherversammlung jetzt überzeugt, dass die Möglichkeit dieser Behandlung bisher viel zu wenig Beachtung gefunden hat. Durch diese Zeilen möchte ich die Collegen aufgefordert haben, auch dieses Gebiet zu betreten und erfolgreich zu bearbeiten.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Over behandeling van purulente ontsteking van de trommelholte door inblazen van boorzuur en andere antiseptica. Von Professor Guye. (Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneeskd. No. 13, 1887.)

Verf. macht seit langer Zeit viel Gebrauch von Insufflationen (Alaun und Borsäure), die die Kranken, nach Entfernung des Secrets durch Ausspritzen, selbst ausführen. Gleichzeitig sorgt er für Behandlung des Cavum pharyngo-nasale und für Durchblasen von Luft durch die Trommelhöhle. Wird dafür nicht gesorgt, so ist die Methode in der That gefährlich. Er beginnt mit Acid. boricum subt. pulv. Nur wenn die Secretion sehr reichlich ist oder wenn polypöse Wucherungen vorhanden sind, wird von Zeit zu Zeit Alaun eingeblasen. Unter dieser Behandlung

Digitized by Google

sieht man den Polypen oder seinen Stiel so schrumpfen, dass er nach einer oder mehreren Wochen durch eine einfache, einigermassen kräftige Wassereinspritzung entfernt werden kann. Der Nachtheil der Alaun-einblasungen besteht darin, dass zuweilen danach Empfindlichkeit und selbst Entzündung des äusseren Gehörganges entsteht. Hört man aber damit auf, sobald Druck auf den Tragus schmerzhaft ist, so schwindet die Empfindlichkeit schnell und sicher; andernfalls kann es zur Schwellung und Abscessbildung kommen. G. lässt deshalb gewöhnlich des Morgens Alaun einblasen, des Abends Borsäure. Der Foetor schwindet gewöhnlich nach einigen oder mehreren Tagen unter Borsäure - Insufflationen, und der Pat. vernachlässigt leicht die weitere Behandlung. Nun kann Krustenbildung entstehen; der Pat. entfernt das Concrement aus Borsäure und Secret unvollständig, es entsteht Retention von Eiter, zuweilen auf's Neue polypöse Wucherung hinter der Kruste. Vf. lässt daher stets mit Insufflationen aufhören, sobald der äussere Gehörgang trocken bleibt. Dann wird eine Lösung von 5procentigem Borax (die vor Borsäurelösungen den Vorzug verdient) eingeträufelt. Wird die Behandlung unter Berücksichtigung aller dieser Cautelen geleitet, so ist sie völlig gefahrlos. Jodoform lässt sich schwer entfernen, ist daher nicht zu empfehlen. In besonderem Maasse gilt dies von einer Methode, die vor einigen Jahren in Manchester sehr beliebt war und sehr häufig vorzügliche Resultate gab. Dabei wurde der äussere Gehörgang nach sorgfältiger Reinigung mit einem Pulver gefüllt, das später zu einer steinharten Masse zusammenklebte, mehrere Monate in situ blieb und dann mit grosser Mühe mechanisch entfernt wurde. Als aber einige solcher Fälle letal endigten, wurde man vorsichtiger. Verf. hat selbst Ende 1884 einen Kranken gesehen, dem in Manchester vor 3 Monaten der Gehörgang so ausgegossen war. Nachdem es ihm gelungen war, endlich den Pfropf zu entfernen, fand er eine vollkommen trockene Perforation. Das Recept zu diesem Ausguss, das er von einem Collegen in M. erhalten hat, will G. aus Furcht, es möchte Nachahmer finden, nicht mittheilen. —s.

Eine neue Behandlungsmethode bei chronischem Mittelohrcatarrh. (A New Method of Treating Chronic Aural Catarrh.) Von R. W. Seiss in Philadelphia. (Med. News, 5. Febr. 1887.)

Verf. gebraucht einen Eustachischen Catheter, der an seinem Ende geschlossen, jedoch mit mehreren kleinen seitlichen Oeffnungen versehen ist, um Einspritzungen in die Tube zu machen. Durch diese Einrichtung vermeidet er, dass etwas von den gebrauchten Lösungen in die Trommelhöhle gelangt, da es seine Absicht ist, die Applicationen auf das pharyngeale Ende der Tuba zu beschränken. A. Sch. (N.-Y.)

Die Ausspülung der Paukenhöhle per tubam bei Otitis media suppur. Von Dr. J. Neumann. (Allgem. Wiener med. Zeitung No. 15, 1886.)

Nach einigen den practischen Arzt belehrenden Erörterungen geht Verf. auf jene Fälle über, bei denen das obenerwähnte Verfahren angezeigt ist, dessen Vortheile er nach jeder Richtung gründlich hervorhebt und zur Beleuchtung einige Krankengeschichten mittheilt, bei denen

Digitized by Google

ihm auf der Gruber- und Politzer'schen Klinik das Weber-Liel-sche Paukenhöhlencatheterchen gute Dienste geleistet hat. Der Zustimmung aller Ohrenärzte kann Verf. versichert sein. Lichtenberg.

Operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis media. Von Gowers und Barker. (British Med. Journ., 11. December 1886.) — [Nach einem Referat (Schwabach) im Centralblatt für die medic. Wissenschaften 1887, 13. März, und einem Aufsatze von Senger über topische Hirndiagnostik und Hirnchirurgie, Deutsche med. Wochenschrift 1887, 13. März.]

Der von Truckenbrod (cfr. diese Monatsschr. No. 2, 1886) mitgetheilte, von Schede operirte Fall von Hirnabscess nach Otitis media war bis jetzt in der Literatur der einzige geblieben, in welchem Heilung erzielt worden; bei dem Schondorf'schen Kranken, den Truckenbrod als ersten Fall eines operativ geheilten Hirnabscesses ex otitide anführt, handelte es sich nur um Eröffnung eines intracraniellen, zwischen Dura und Schädelknochen gelegenen Abscesses. Jetzt, wo die Hirnchirurgie in Deutschland, wie besonders in England, mehr und mehr Boden gewinnt, wird der zweite Fall operativer Heilung eines nach Otitis media entstandenen Hirnabscesses von dorther gemeldet: Bei einem 19jähr., seit 11 Jahren an rechtsseitiger Ohreiterung nach Scharlach leidenden Manne war es zur Eröffnung des Antrum mastoid. mit reichlicher Entleerung foetiden Eiters gekommen, ohne Nachlass der bedrohlichen Erscheinungen; vielmehr nahmen Kopfschmerz und Erbrechen, sowie das Bild einer Neuritis optica mehr und mehr zu, so dass die Diagnose auf Hirnabscess gestellt wurde, dessen Localisation weniger auf der Basis physiologischer, als practischer Ueberlegungen vorgenommen wurde. Da nämlich B. von der Ansicht ausgeht, dass bei einer vom Mittelohr nach dem Kleinhirn fortschreitenden Eiterung eine Eiterentleerung aus dem For. mastoid. stattfinden müsse, diese aber im vorliegenden Falle sich nicht nachweisen liess, wurde der Sitz des Abscesses im Grosshirn und zwar, entsprechend der Erfahrung, im Lobus temporo-sphenoidalis gesucht. Nach Trepanation des Schädels wurde die intacte Dura mater incidirt; im Subarachnoidealraume sowie an der Hirnoberfläche ergab sich nichts Pathologisches; eine darauf vorgenommene Probepunction mit einer Aspirationsnadel in den Lobus tempor.-sphen. und zwar in der Richtung nach vorne, innen und unten, ½ Zoll tief, ergab 4½ Drachmen dicken foetiden Eiters. Behufs gründlicher Drainage wurde mittelst Volkmann'schen Löffels die Hirnrinde in entsprechendem Umfange entfernt, ein 2 Zoll langes Drainrohr eingeführt und die äussere Wunde mit Jodoformgaze bedeckt. Der Erfolg der kühnen Operation war ein vollkommener; völlige Verheilung 2 Monate nach der Operation.

Einen anderen Fall mit unglücklichem Ausgange theilt Senger (l. c.) von der Breslauer Klinik mit, bei welchem eine neben chronischer Otitis med. und hochgradiger Schwerhörigkeit bestehende Hemiopie, die sich unter den Symptomen eines Hirnabscesses entwickelte, die Diagnose eine Zeit lang irregeführt hatte; gegenüber der Annahme eines Abscesses im Hinterhauptlappen entschied sich Wernicke für einen solchen im Schläfelappen und rieth zur Operation; als es zu derselben kam, war bereits, wie sich später herausstellte, der Durchbruch des Abscesses in den Ventrikel erfolgt, so dass in Folge mangelnder Spannung der Ab-

Digitized by Google

scesswand die Probe-Incisionen in die Hirnsubstanz keinen Eiterherd ergaben. — Die Section erwies die Richtigkeit der von Wernicke gestellten Diagnose. Der unglückliche Ausgang ist lediglich der zu späten Ausführung der Operation zuzuschreiben gewesen. Keller.

Ueber Bewegungserscheinungen am Trommelfell. (Von Dr. Albert Bing, Docent in Wien. (Wiener med. Blätter No. 16 u. 17, 1886.)

Die Ursachen dieser Bewegungen prüfend, kann man im Allgemeinen sagen, dass Excursionen des Trommelfells entweder durch Luftdruckschwankungen oder in Folge von Muskelcontractionen eintreten, oder es sind dieselben im ursächlichen Zusammenhange mit der Circulation des Blutes.

Schon bei Verdünnung und Verdichtung der Luft im Nasenrachenraum kann man Bewegungsphänomene am Trommelfell beobachten, die noch deutlicher und häufiger während eines Schlingactes hervortreten, wobei Verf. betont, dass bei Verdichtung der Luft im Mittelohre namentlich die hintere obere Parthie des Trommelfells in Locomotion tritt.

Bei durch Muskelcontraction unmittelbar hervorgebrachten Excursionen des Trommelfells kommt vor Allem der Tensor tymp. in Betracht, obzwar mittelbar auch die Gaumenmuskeln das Trommelfell bewegen können.

Am häufigsten jedoch sind nach B. jene Locomotionen des Trommelfells, die mit der Circulation des Blutes zusammenhängen, sich isochronisch mit dem Pulse zeigen. Die diagnostische und prognostische Verwendung dieser Symptome ist sehr treffend characterisirt. Ausser diesen Reflexen können im otoscopischen Bilde noch Bewegungen erscheinen, welche in allgemeiner, nervöser und damit auch in Erregung des Gefässsystems ihren Grund haben, wie dies Verf. zuerst bei einer sehr erregten Patientin beobachtet hat.

Schliesslich spricht B. von jenen Bewegungserscheinungen, die sich hinter dem Trommelfelle abspielen, unter den Augen des Beobachters häufig Form und Richtung wechseln, und die von dem in der Trommelhöhle vorhandenen flüssigen Exsudate herrühren. Lichtenberg.

Ueber multiple Paracentese des Trommelfells bei chronischem Mittelohrcatarrh. (Cases Exhibiting the Results of Multiple Paracentesis of the Drum Membrane on the Hearing in Chronic Aural Catarrh, with Remarks.) Von O. D. Pomeroy in New-York. (N.-Y. Med. Journ., 12. Februar 1887.)

Enthält Details über 24 Fälle, bei welchen multiple Punction des Trommelfells ausgeführt wurde, in der Majorität der Fälle mit günstigem Erfolg. Eine Folge der Procedur war, dass das Trommelfell, wenn es vorher dem Promontorium angelegen hatte, sich nachher wieder abhob.

(A. Sch. (N.-Y.)

Verletzungen des Ohres in Folge vorzeitiger Explosion einer Bombe. (Injury of the Ear Caused by the Blast of a Bursting Shell.) Von Samuel Sexton in New-York. (Med. Record, 19. Febr. 1887.)

Die Explosion trat beim Artillerieexerciren in Folge unvorsichtiger Hantirung von Seite eines Soldaten ein. Zwei der Betheiligten blieben

Digitized by Google

todt und mehrere erlitten Trommelfellrupturen mit bleibender Beeinträchtigung des Gehörvermögens. A. Sch. (N.-Y.)

Seebäder als Ursache von Ohrenleiden. (Sea-Bathing a Cause of Ear Disease.) Von Gorham Bacon in New-York. (Med. News, 29. Januar 1887.)

Recapitulation der bekannten, bei Seebädern zu empfehlenden Vorsichtsmaassregeln und Wiedergabe einiger Krankengeschichten.
A. Sch. (N.-Y.)

Versuche, die Taubstummheit zu bessern, und die Erfolge dieser Versuche. Von Dr. Berkhan, Braunschweig. (Berl. klin. Wochenschr. 1887, No. 7.)

B. theilt einige Versuche mit, zu welchen er durch Braid's Mittheilungen veranlasst wurde, „dass mehrere von Geburt Taubstumme durch Hypnotisiren nach kurzer Zeit den Gebrauch des Gehörs soweit erlangten, dass sie im Stande waren, Worte nachzuahmen, die hinter ihnen gesprochen wurden, also ohne die Bewegung der Lippen des Sprechenden zu sehen". B. stellte die Versuche bei 9 Knaben der dortigen Taubstummenschule an, bei welchen er vorher völlige Taubheit für laut gesprochene Worte, Peitschenknallen etc. constatirt hatte. $^1/_4 - ^1/_2$ Stunde nach der durch Anstarren eines vorgehaltenen glänzenden Körpers hervorgerufenen und nach 5 Minuten unterbrochenen Hypnose wurde die Hörfähigkeit auf's Neue geprüft; es ergab sich, nachdem diese Versuche an verschiedenen Tagen wiederholt worden, bei 4 Knaben eine Besserung des Hörvermögens insofern, als dieselben einzelne hinter ihnen laut gesprochene Vocale wiederholen, auch zum Theil Händeklatschen, Schellen einer Glocke, das Pfeifen eines Eisenbahnzuges hören konnten. Bei 5 war kein Erfolg zu bemerken. B. bemerkt, dass es sich hierbei nicht um vorübergehende Hyperästhesie des Acusticus gehandelt habe, da z. B. bei einem in die Lehre entlassenen Zöglinge noch nach Jahresfrist die Besserung zu constatiren war. Keller.

Läsion beider Temporallappen ohne Worttaubheit oder Taubheit. Von Landon Carter Gray. (Journ. of nerv. and ment. disease, 9, 10. H., 1886. Neue Folge, Bd. XI. — Nach einem Referat in der Deutschen med. Wochenschrift No. 8, 1887)

Bekanntlich haben die von Munk aus seinen Thierversuchen gezogenen Schlüsse über die Localisation der Hörsphäre im Schläfelappen, sowie die Lehre Wernicke's über den corticalen Sprechmechanismus: — das motorische Sprachcentrum in der Pars opercularis der 3. linken Stirnwindung, das sensorische in der 1. Schläfenwindung und die beiden zugehörigen Leitungsbahnen in den Inselwindungen — sowie seine hierauf begründete Eintheilung der Aphasie in den clinischen Beobachtungen nicht immer eine Stütze gefunden (cf. diese Monatsschr. 1885, pag. 153, sowie Westphal, Berl. clin. Wochenschr. 1884). Der obige Fall reiht sich den angeführten an. Bei einem 50jähr. Manne, der ohne besondere Veranlassung von einem etwa einstündigen Anfalle von Convulsionen befallen wurde, dann Verlust des Gedächtnisses für alle späteren Begebenheiten, jedoch keinerlei Sprach- oder Hörstörungen bis zum Tode

Digitized by Google

zeigte, ergab die Section adhärirende Leptomeningitis über den aufsteigenden Frontal- und Parietalwindungen beiderseits, sowie über 3. Frontal-, 1. und 2. Temporalwindung, hochgradige Erweichung des linken Temporosphenoidallappens, des Gyrus fornicatus und der 3. Stirnwindung, kleine Blutergüsse in der 1. Stirnwindung, im Lobulus pariet. sup. und Occipitallappen. Keller.

Ueber eine öftere Ursache des Schläfen- und Hinterhauptskopfschmerzes (Cephalalgia pharyngo-tympanica). Von Legal, Assistenzarzt der Bresl. med. Klinik. (Deutsches Archiv f. clin. Medicin XL, Januar 1887.)

Die ohrenärztlicherseits längst gemachte Erfahrung, dass sich Neuralgien im Quintusgebiet auf Grund ausgesprochener Mittelohrerkrankungen ausbilden können, hat L., gestützt auf eine Reihe von eigenen Beobachtungen, dahin erweitert, dass diese Thatsache auch für geringe, dem Pat. selbst oft gar nicht zur Wahrnehmung kommende Grade von Mittelohr- und Pharyngealcatarrhen ihre Geltung hat. Durch eine ein- oder mehrmalige Anwendung der Luftdouche schwanden ohne jede sonstige Medication die oft hartnäckigen Beschwerden; eine Behandlung des Pharynxcatarrhes erfolgte nebenbei. Als Druckpunkte der meist im Gebiete des Nerv. auric. tempor. auftretenden Neuralgie liessen sich besonders nachweisen: der von Valleix beschriebene Point temporal, $^1/_2$ Ctm. vor dem oberen Tragusende gelegen, sowie — nach eigenen Beobachtungen L.'s — ein zweiter zwischen dem Proc. mast. und dem Gelenkaste des Unterkiefers unterhalb der Ohrmuschel (subauricularer Druckpunkt). Auch der N. occipit. maj. erwies sich häufig druckempfindlich an seiner Austrittsstelle hinter dem M. cucull., seltener der Ram. temp. des N. subcut. malae und der N. supraorbitalis. — L. fordert schliesslich dazu auf, bei Patienten mit Kopfschmerz in Schläfe und Hinterhaupt und den characteristischen Points douloureux, Pharynx und Mittelohr genau zu untersuchen. „Findet man dieselben deutlich erkrankt, oder vermindert sich (auch ohne markante Krankheitssymptome) der spontane und Druckschmerz nach der Lufteinblasung, so wird in vielen Fällen eine weitere Behandlung des Pharynx und Mittelohrs eine Besserung oder Heilung der neuralgischen Zustände resp. der Cephalalgie herbeiführen.“ Keller.

---

b) Rhinologische:

Ueber Verkrümmungen der Nasenscheidewand. (Deformities of the Nasal Septum. A New Operation for their Correction, with an Analysis of its Results in 166 Cases, etc.) Von F. H. Bosworth in New-York (Med. Record, 29. Jan. 1887.)

B. hat gefunden, dass Verkrümmungen des Septums immer mit Verdickungen desselben verknüpft sind. Er kappt den vorspringenden Winkel mit Hilfe zweckmässig construirter kleiner Sägen ab, von welchen eine Abbildung gegeben ist. Er findet dieses Verfahren vortheilhafter, als die verschiedenen, von Blandin, Adams, Steele, Ingalls, Jarvis und Roberts angegebenen Operationsverfahren. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Ueber Rhigolinanästhesie bei intranasalen Operationen. (Rhigolene Anaesthesia in Intra-Nasal Surgery.) Von William C. Jarvis in New-York. (Eastern Medical Journal [Worcester, Mass.], Jan. 1887.)

Jarvis gebraucht seit drei Jahren den Rhigolinspray zur Localanästhesie in der Nasenhöhle. Er wirkt, ähnlich wie der Aetherspray, durch Erfrierung der Theile, zeichnet sich jedoch vor dem letzteren dadurch aus, dass es nicht unangenehm riecht und tiefer wirkt. Den letzteren Vortheil hat das Rhigolin auch vor dem Cocain voraus und ausserdem noch den, dass es absolut verlässlich ist, weshalb J. das Rhigolin dem Cocain bestimmt vorzieht. Da jedoch die Application des Rh.-Spray im ersten Moment schmerzhaft sein kann, so leitet er unter Umständen die Anästhesie mit Cocain ein, um sie dann mit dem Spray fortzusetzen. Bei dem ungemein niedrigen Siedepunkt des Rh. (70° Fahr.) liegt eine Explosionsgefahr noch näher als bei Aether, doch soll dieselbe bei ententsprechender Vorsicht leicht zu vermeiden sein.

Bei der Anwendung des Rhigolins muss der Patient durch den Mund athmen. Beide Nasenhöhlen werden durch Wattebäusche verstopft. Auf der in Angriff zu nehmenden Seite wird der Tampon natürlich hinter das Operationsfeld placirt. Um Rhigolindämpfe zu vermeiden, hält Pat. das Ende eines Athmungsrohrs im Munde. A. Sch. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber follioulăre Amygdalitis. (Follicular Amygdalitis.) Von A. Jacobi in New-York. (Med. Record, 27. Nov. 1886.)

Es beruht auf einem Missverständniss, wenn man annimmt, Jacobi hielte jeden Fall von lacunärer oder follicularer Tonsillitis für diphtheritisch. Wohl aber sei eine grosse Anzahl dieser Fälle nichts Anderes als die für ältere Individuen characteristische Form der Mandeldiphtherie. Hohes Fieber spreche im gegebenen Falle für catarrhalischen, nicht infectiösen Character der Erkrankung. Gegen B. Fraenkel behauptet J., dass periamygdalitische Abscesse auch bei Diphtherie vorkommen.

A. Sch. (N.-Y.)

Retropharyngealabscess. (Lancet, 26. Februar 1887.)

In der pathologischen Gesellschaft von London berichtete H. H. Clutton über einen Fall von retropharyngealem Abscess bei einem 24 Jahre alten epileptischen Manne. Der Fall führte durch gangränöse Lungenentzündung zum Tode. Bei der Section fand sich ein bis zu den Schlüsselbeinen abwärts reichender Abscess mit drei Oeffnungen in dem Pharynx und einer in der Luftröhre. Die Ursache der Entstehung war unklar, die ersten Beschwerden traten nach einem epileptischen Anfalle auf.

Dr. M. Schm.

Adenosarcom der Zunge mit verkalktem Kern. (Lancet, 12. März 1887.)

Das Präparat wurde in der Londoner pathologischen Gesellschaft von J. J. Goodlee vorgezeigt. Es stammte von einem 24jähr. Weibe. Die Geschwulst war erst seit 5 Wochen bemerkt worden. Ob der

Digitized by Google

knöcherne Kern ein angeborener oder ein in einer Drüse gebildetes Kalkconcrement war, blieb unentschieden.

In der Cambridger medicinischen Gesellschaft besprach Mr. Francis einen Fall von Makroglossie bei einem 5monatlichen Knaben; ferner Mr. Wherry einen Fall von abnormer Beweglichkeit der Zunge; das Organ konnte hinter den weichen Gaumen gebracht und dort der Nasenrachenraum abgetastet werden. Dr. M. Schm.

Fremdkörper im Pharynx. (Corps étranger du pharynx.) Von Dr. Lecerf. (Bulletin médical du Nord No. 10, 1886.)

Ein 19jähriger Bursche erhielt bei einem Streite einen Schlag auf den Mund; er hatte eine aus harter Erde verfertigte Pfeife zwischen den Zähnen. Die am nächsten Tage auftretenden Schlingbeschwerden erreichten am 4. Tage ihren Höhepunkt; Patient bot das Bild eines mit starkem Mandelabscess behafteten Kranken dar und exhalirte Tabaksgeruch; Geschwulst am linken Unterkieferwinkel, eine kleine, harte, unbewegliche Geschwulst an der Basis der linken Mandel, dort, wo der Arcus palatoglossus sich an die Zunge ansetzt. Ein Schnitt genügte, um ein 12 Centimeter langes Pfeifenrohr herauszubefördern.

Dr. P. K.

Epitheliom des weichen Gaumens. (Lancet, 12. März 1887.)

Ein solcher Fall mit ziemlich rascher Ausbreitung in 4 Monaten wurden von Mr. Page in der Newcastle-on-Tyne Infirmary behandelt. Er betraf einen 27jährigen Mann. Dr. M. Schm.

Stimmlosigkeit, bedingt durch eine angeborene (?) subglottische Neubildung. Operation, Heilung. (Aphonia due to subglottic growth (congenital?), operation, cure). Von G. A. Carpenter, London. (Lancet, 12. März 1887.)

Ein 18jähriges Mädchen hatte eine eigenthümliche Stimme von der Geburt an, konnte später nur lispeln. Als Ursache fand sich ein erbsengrosser gestielter Polyp (Fibrom?), welcher von der unteren Seite des rechten Stimmbandes am vorderen Ansatz ausging. Nach der Operation hatte Patientin eine natürliche Stimme. Dr. M. Schm.

Ein Fall von Adductorlähmung des linken Stimmbandes. (Paralysis of the Lateral Adductor Muscle of the Larynx, with a Unique Case.) Von Frank Donaldson in Baltimore. (N.-Y. Med. Journal, 12. Februar 1887.)

Ein 53jähr., bisher vollkommen gesunder Farmer wurde von heftigen Schmerzen hinter dem linken Ohr befallen. Es stellte sich Schwerhörigkeit auf derselben Seite und Aphonie ein. Diese Symptome sprachen für eine Gehirnaffection. Das linke Stimmband stand in äusserster Abduction und war vollkommen unbeweglich.

Bei der Besprechung des Falles nähert sich D. der Ansicht Semon's, der er früher opponirt hatte. Er ist „vollkommen überzeugt", dass die Abductorenfasern viel mehr Reizbarkeit und viel weniger Widerstandskraft besitzen, als die Adductorenfasern. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Ueber die Verhinderung der Granulombildung nach der Tracheotomie.
Von Prof. Stoerck in Wien. (Wiener Med. Wochenschrift 1887, H. 1, 2, 3.

Als Ursache der Granulations-Wucherungen, die das Entfernen der Tracheal-Canüle insbesondere bei Kindern oft verhindern, nimmt S. nebst dem längeren Liegenbleiben der Canüle die Erkrankung der Larynxschleimhaut an, welche durch den die Tracheotomie veranlassten Erkrankungsprocess hervorgerufen wird. Die Schleimhaut wird wund, und aus dieser wunden Schleimhaut wuchern die Granulationen hervor. Dieselben entstehen nämlich nicht, wie bisher angenommen wurde, an der Incisionsstelle des Larynx, sondern unmittelbar unter der Glottis und an der hinteren inneren Larynxwand, wo die Entzündungs-Erscheinungen stets am heftigsten seien, und welche Parthien auch bei längerem Liegen der Canüle am meisten wund werden.

Ausserdem werden durch die Operation, besonders die Cricotomie, die Entzündungserscheinungen gesteigert.

Die wichtigste Schädlichkeit, welche die Kehlkopfschleimhaut treffe, sei die Degeneration derselben durch Behinderung der Perspiration. Die oberhalb der Canüle gelegene Schleimhautparthie, die von dem Contacte mit der äusseren Luft abgesperrt ist, schwillt an, wird ödematös, ihr Epithel stösst sich in grossen Massen ab; dadurch bleibe diese Parthie länger entzündet, welcher Umstand bedeutende Hindernisse für die spätere Entfernung der Canüle biete. Die Schleimhautoberfläche ist eine eiternde Wundfläche geworden, aus welcher Granulationen hervorwuchern, die oft bis in die Glottis hineinragen und die Entfernung der Canüle unmöglich machen.

S. betrachtet als das wichtigste Moment bei der Nachbehandlung der Laryngotomie, die Schleimhaut des Larynx und der Trachea unter normale Verhältnisse zu setzen, d. h. sie fortwährend mit der atmosphärischen Luft in Contact zu erhalten. Zu dem Behufe wendet er nur Metallcanülen an, und zwar ist die äussere nicht gefenstert, sondern an der den Stimmbändern zugekehrten Fläche siebartig durchlöchert. Der Erfolg sei stets ein gleich günstiger.

Bei vorhandenen Granulationen nimmt S. die Entfernung derselben endolaryngeal vor und führt eine Canüle mit Dilatations-Vorrichtung ein, um durch den ausgeübten Druck eine Recidive zu verhindern. Sobald die Dilatatoren gut anwendbar waren, verwendete er die Schornstein-Canülen von Gussenbauer mit der Modification, dass beide Canülen Halbcanüle bilden, die, wenn sie aufeinanderliegen, die Communication des Larynx mit der Trachea frei lassen. Wenn die Granulationsbildung behoben ist, führt er eine ganz kurze Blindcanüle ein, die nur mit ihrem schwanzförmigen Ende in die Trachea hineinragt, um, so lange noch Glottiskrämpfe eintreten, die Trachealwunde offen zu halten.

Schliesslich beschreibt S. als eine neue Art der Larynx-Tubage ein Verfahren von O'Dwyer in New-York, welches darin besteht, dass mittelst einer dilatatoriumartigen Zange 4—6 Ctm. lange Röhrchen in den Larynx eingeführt werden, die mit ihrem kopfförmigen oberen Ende auf und über den falschen Stimmbändern zu liegen kommen und liegen gelassen werden, bis die Erscheinungen der Asphyxie aufhören, oder der die Tubage veranlassende Erkrankungs-Process abgelaufen ist.

Das Verfahren lasse sich leicht ausführen, werde gut vertragen, es

Digitized by Google

bestehe nicht die geringste Gefahr, dass die Röhre in die Trachea gleite, und es komme nur selten zu Usuren im Kehlkopfe.

(Es erscheint befremdend, dass S. hier des Schrötter'schen Dilatations-Verfahrens gar keine Erwähnung thut. — Ref.) Jelinek.

Behandlung der pseudo-membranösen Laryngitis mittelst Electrolyse. (A Case of Pseudo-membranous Laryngitis Treated by Electro-. . lysis.) Von F. E. Waxham in Chicago. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1. Jan. 1887.)

Bei einem 8jährigen, an pseudo-membranöser Laryngitis erkrankten Mädchen liess W. im Stadium hochgradiger Dyspnoe einen electrischen Strom auf den Kehlkopf wirken, indem er einen O'Dwyer'schen Catheter als innere Electrode verwendete, während die andere durch einen auf die vordere Halsgegend aufgelegten Schwamm dargestellt wurde. Die bei dieser Procedur, welche später wiederholt wurde, erfolgte Abstossung von Pseudomembranfetzen setzte W. auf Rechnung der electrolytischen Wirkung des Stroms. Wenn der mitgetheilte Fall auch nicht mit dem Tode geendet hätte, würde W. doch nur wenig Nachahmer gefunden haben. A. Sch. (N.-Y.)

Vier Fälle von Intubation des Larynx. (Intubation of the Larynx, History of Four Cases.) Von L. H. Dunning in South Bend, Indiana. (Journ. of the American Med. Association, 19. Febr. 1887.)

Von den vier Fällen genasen zwei. Die Wirkung auf die Dyspnoe war bei allen Fällen eine günstige. A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von Intubation des Kehlkopfs. Erstickung in Folge von Verstopfung des Tubus. (A Case of Intubation of the Larynx.) Von John B. Wheeler in Burlington, Vermont. (N.-Y. Med. Journ., 26. Februar 1887.)

Verf. führte bei einem 3½jähr. Kinde, das an membranösem Croup litt, die O'Dwyer'sche Intubation aus. In Folge von Verstopfung des Tubus erstickte das Kind. A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von totaler Kehlkopfexstirpation. (Un cas d'exstirpation totale du larynx.) Von Dr. Roswell. (Annals of Surgery, Febr. 1886 und Revue mensuelle de laryngologie No. 11.)

Die prophylactische Tracheotomie war ausgeführt worden. Später wurde die Totalexstirpation gemacht, der obere Theil der Epiglottis mit den Seitenrändern verschont und Jodoformgazeverband angelegt. Patient heilte rasch, die Gussenbauer'sche Canüle erlaubte ihm, deutlich zu sprechen und sechs Monate nachher war er vollständig geheilt. Die microscopische Untersuchung ergab ein echtes Epithelioma.

Dr. P. K.

Excision of left half of the Larynx for Epithelioma — Recovery. Under the care of Mr. Lennox Browne, F. R. C. S. E. (Medical Press and Circular. Estab. 1838, 22. December 1886)

Am 15. December entfernte Herr Lennox Browne die linke Hälfte vom Thyreoid- und Cricoid-Knorpel und das Ganze des linken Arytaenoid-

Digitized by Google

Knorpels mit dem entsprechenden Stimmbande und den anderen weichen Theilen wegen eines einseitigen, aber ausgedehnten Epithelioma, welches vor 18 Monaten bei dem Patienten, einem Manne von 61 Jahren, Veranlassung zur Schwerhörigkeit gegeben hatte. Die Tracheotomie wurde vorausgeschickt und Hahn's compressed sponge Tampon canule wurde eingeführt; die weitere Operation wurde nach 20 Minuten ausgeführt. Auf Rath von Mr. Hary Morris gebrauchte Mr. Browne das Raspatorium, so dass das Perichondrium fast ganz intact entfernt wurde und die äusseren weichen Theile nur unbedeutend beeinträchtigt wurden. Das obere Horn der Cartilago thyreoid. wurde nicht fortgenommen. Nur zwei Arterien-Zweige erforderten die Torsion, und eine Unterbindung war nicht nöthig; anderweitiges Bluten stillte der Galvanocauter, der auch gebraucht wurde, um Reste des kranken Gewebes zu zerstören. Obgleich bei der laryngoscopischen Untersuchung es geschienen hatte, als ob das Leiden vom linken Stimmbande entspränge, so zeigte es sich doch bei der Untersuchung nach der Operation, dass es seinen wahren Ursprung im Ventrikel hatte, und glich also der Fall dem anderer Chirurgen in dieser Beziehung. Das Microscop bestätigte die Diagnose von der Natur der Krankheit; andererseits fehlte der deutliche Beweis der Malignität in den Partikeln, die vom Rande der Schnittwunde gemacht wurde, so dass zu hoffen ist, die Krankheit sei radical gehoben.

Die Temperatur des Patienten stieg bis 101° Fahrenh. (= 38½ C.) in der nächsten Nacht nach der Operation, aber von da ab entfernte sie sich kaum vom Normalen. Die Canüle wurde entfernt nach 27 Stunden und Patient war fähig, auf dem natürlichen Wege zu athmen; er spricht schon in ziemlich lautem Flüsterton; es ist alle Hoffnung da, dass der Stimmklang wieder besser wird; 78 Stunden nach der Operation sass Patient schon im Bette aufrecht und ass von einer Schöpsenkeule, sich das Fleisch selbst schneidend. Am Christfeste hat Patient Truthahn und Champagner zum Diner! 14 Tage nach der Operation war die Temperatur 98,6° Fahrenh. (= 37 Cels. V.). Der Fall ist durch Abbildungen erläutert. Voltolini.

Fall von Myxoedem nach Exstirpation der Schilddrüse. (Lancet, 1. Januar 1887.)

Dr. C. J. Nixon las in der Academy of Medecine in Ireland einen Aufsatz über den Fall. Die Frau starb an Erschöpfung.

Dr. M. Schm.

Tuberculose des Kehlkopfes und des Schlundes. (Lancet, 5. März 1887.)

In der Medical Society of London stellte Lennox Browne eine 20jährige Frau vor, welche an Tuberculose des Larynx und der Fauces gelitten hatte. 21 Tage hintereinander hatte er die Stellen mit Milchsäure nach Krause behandelt, dann entstand eine acute Entzündung, nach welcher die Schluckbeschwerden vollständig gehoben waren.

Dr. M. Schm.

Hyperplastische syphilitische Kehlkopfentzündung. (Lancet, 26. Februar 1887.)

In der pathologischen Gesellschaft von London zeigte Semon die Photographie und microscopische Präparate eines solchen Falles. Sie

Digitized by Google

stammten von einem 5monatlichen Kinde mit angeborener Lues; es starb am Tage der Tracheotomie. Die Schwellung betraf die subchordale Gegend und erstreckte sich 3/4 Zoll abwärts; wo sie ziemlich plötzlich endigte. Dr. M. Schm.

Ein Fall von Gastrotomie mit Tracheotomie wegen Krebses der Speiseröhre und des Kehlkopfes. (Case of gastrostomy with tracheotomy for cancer of the oesophagus and larynx.) Von John Pennefather Ryan. (Lancet, 15. Januar 1887.)

61jährige Dame; sie starb sieben Monate nach der Operation. Dr. M. Schm.

Ueber die Anwendung des Ammonium chloratum als Inhalation bei Krankheiten der Athmungswege. (On the use of chloride of Ammonium as an inhalation in diseases of the respiratory tract.) Von Rendal Franks, Dublin. (Lancet, 22. Januar 1887.)

Er empfiehlt die Inhalationen des Salzes in statu nascenti besonders bei chronischen Catarrhen der Luftwege. Er gebraucht zur Entwicklung des Dampfes einen Apparat, Burrough's improved chloride of ammonium inhaler. Derselbe scheint, der Abbildung nach, identisch mit dem früher von Dr. Cron in Kaiserslautern empfohlenen. Dr. M. Schm.

Inhalt.

I. Originalien: Kiesselbach: Beitrag zur Histologie der Ohrpolypen. — Keller: Zur Casuistik der Warzenfortsatz-Erkrankungen. — Schäffer: Die locale Behandlung der Erkrankung der Trachea und Bronchien. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Guye: Over behandeling van purulente ontsteking van de trommelholte door inblazen van boorzuur en andere antiseptica. — Seiss: Eine neue Behandlungsmethode bei chronischem Mittelohrcatarrh. — Neumann: Die Ausspülung der Paukenhöhle per tubam bei Otitis media suppur. — Gowers und Barker: Operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis media. — Bing: Ueber Bewegungserscheinungen am Trommelfell. — Pomeroy: Ueber multiple Paracentese des Trommelfells bei chronischem Mittelohrcatarrh. — Sexton: Verletzungen des Ohres in Folge vorzeitiger Explosion einer Bombe. — Bacon: Seebäder als Ursache von Ohrenleiden. — Berkhan: Versuche, die Taubstummheit zu bessern und die Erfolge dieser Versuche. — Gray: Läsion beider Temporallappen ohne Worttaubheit oder Taubheit. — Legal: Ueber eine öftere Ursache des Schläfen- und Hinterhauptskopfschmerzen. — b) Rhinologische: Bosworth: Ueber Verkrümmungen der Nasenscheidewand. — Jarvis: Ueber Rhigolinanästhesie bei intranasalen Operationen. — c) Pharyngo-laryngologische: Jacobi: Ueber folliculäre Amygdalitis. — Clutton: Retropharyngealabscess. — Goodlee: Adenosarcom der Zunge mit verkalktem Kern. — Lecerf: Fremdkörper im Pharynx. — Page: Epitheliom des weichen Gaumens. — Carpenter: Stimmlosigkeit, bedingt durch eine angeborene (?) subglottische Neubildung. — Donaldson: Ein Fall von Adductorlähmung des linken Stimmbandes. — Stoerck: Verhinderung der Granulombildung nach der Tracheotomie. — Waxham: Behandlung der pseudo-membranösen Laryngitis mittelst Electrolyse. — Dunning: Vier Fälle von Intubation des Larynx. — Wheeler: Ein Fall von Intubation des Kehlkopfs. — Roswell: Ein Fall von totaler Kehlkopfexstirpation. — Browne: Excision of left half of the Larynx for Epithelioma — Recovery. — Nixon: Fall von Myxoedem nach Exstirpation der Schilddrüse. — Browne: Tuberculose des Kehlkopfes und des Schlundes. — Semon: Hyperplastische syphilitische Kehlkopfentzündung. — Ryan: Ein Fall von Gastrotomie mit Tracheotomie wegen Krebses der Speiseröhre und des Kehlkopfes. — Franks: Ueber die Anwendung des Ammonium chloratum als Inhalation bei Krankheiten der Athmungswege.

Die **otologischen** Beiträge und Referate beliebe man fortan an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, die **pharyngo-laryngologischen** dagegen an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, Mai 1887.** **No. 5.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ein Bernsteinknopf im Ohre.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

Am 2. Mai, Nachmittags, kam ein Maurergeselle bei mir an mit der Angabe, dass er auf den Rath eines Bekannten wegen Ohrenreissen einen Bernsteinknopf in das rechte Ohr vor Kurzem sich gesteckt habe, der jetzt nicht mehr herauszubekommen sei. Schon am selben Tage, Vormittags, war er in einem öffentlichen Ambulatorium gewesen, wo zwei Aerzte sich bemüht hatten, des Fremdkörpers habhaft zu werden, zunächst natürlich, wie das leider ja noch meistens zu geschehen pflegt, mit Hilfe von Instrumenten, und als hiernach zwar nicht der Knopf, aber eine beträchtliche Blutung sich eingestellt hatte, mit Hilfe einer grösseren, der Beschreibung nach vielleicht der Schalle'schen Spritze. Da auch längeres Ausspritzen mit Wasser nichts gefruchtet hatte, wollte man noch einen Versuch mit — Oeleinspritzungen machen. Der Kranke hielt es jedoch für gerathener, den Rückzug anzutreten und kam also zu mir. Bei Untersuchung des Ohres finde ich einen etwas glänzenden, offenbar ziemlich umfänglichen Gegenstand tief in dem Gehörgange eingekeilt. Mittelst des kräftigen Strahles der Mayer'schen Douche, welche mit einem zu diesem Zwecke passenden, metallenen, 4 Mm. dicken und

Digitized by Google

an der Spitze über 2 Mm. Lichtung besitzenden Ansatzrohre versehen wurde, suchte ich den Fremdkörper herauszubefördern: ich hielt das Spritzenrohr bald an der oberen, bald an der unteren Wand des Gehörgangs, aber der Knopf kam nicht heraus. Einem von Voltolini schon vor vielen Jahren gegebenen Rathschlage folgend, liess ich nun den Mann auf den Eckermann'schen Operationsstuhl in horizontale Lage bringen, den Kopf desselben ein wenig auf die rechte Seite neigen und die Pumpe wieder in Thätigkeit setzen: nach wenigen, vielleicht 6 oder 8 Secunden war zur grössten Freude des Kranken, der wer weiss was nicht Alles noch erwartet hatte, der Knopf schon da. Er war von polyedrischer Gestalt, mit vielfachen Facetten versehen, von der Mitte nach den Rändern zu sich verschmälernd und mass im Querdurchmesser 7,5, im grössten Dickendurchmesser 6,5 Mm. Mit welcher Energie man dort an seiner Herausbeförderung gearbeitet hatte, ergab sich auch daraus, dass etwa in seiner Mitte ein Stückchen Bernstein abgesprengt war, während er nach der bestimmten Aussage des Kranken zur Zeit, als er in das Ohr hineingesteckt wurde, durchaus unversehrt gewesen sein soll. Nach der Entfernung des Fremdkörpers zeigte sich nun ein umfängliches Loch im Trommelfelle; ob dasselbe schon vorhanden war, als der Knopf eingeführt wurde, oder ob es durch die gewaltsamen Versuche, denselben herauszuschaffen, erst künstlich gemacht worden ist, bleibe dahingestellt.

Es ist schon von vielen Seiten der Missbrauch gerügt worden, der bei dem Entfernen von Fremdkörpern aus dem Ohre mit Instrumenten getrieben zu werden pflegt. Der vorliegende Fall zeigt auf's Neue zum Mindesten das Unzulängliche dieser Methode. Hätte man sich übrigens bei dem Kranken zuvor erkundigt, wie gross der Knopf denn wohl gewesen sei, und hätte man sich den zweiten Knopf der Art, den er bei sich trug, zeigen lassen, so würde man gewiss schon von vornherein auf einen Versuch, mit Hilfe von Instrumenten des Fremdkörpers habhaft zu werden, verzichtet haben. Wenn am Ende des knorpligen Gehörgangs, da wo derselbe in den knöchernen übergeht, der grosse Durchmesser desselben im Mittel 7,8, der kleine 6,0 Mm. misst[1]), so wird bei einem Durchmesser eines annähernd runden Knopfes von 7,5 Mm. der Gebrauch einer Pincette schon von vornherein völlig unstatthaft erscheinen; selbst mit einem feinen Häkchen, mit welchem man Fremdkörper zuweilen ohne Schwierigkeit aus dem Gehörgange herausbefördern kann, wie mir dies selbst schon in Bezug auf eine hierhin verirrte Perle möglich gewesen ist, wäre man hier wohl nicht leicht zum Ziele gekommen.

Wenn oben gesagt worden ist, dass bei dem hier eingeschlagenen Verfahren ein von Voltolini gegebener Rath befolgt worden, so sollte damit nur ausgedrückt werden, dass Voltolini es war, welcher zuerst die ingeniöse Idee gehabt hat, in einem derartigen Falle beim Ausspritzen den Kranken in eine andere, als die gewöhnliche, die aufrechte, Haltung zu bringen —, es sollte aber nicht behauptet werden, dass ich mich genau an das von Voltolini angegebene Verfahren gehalten hätte. Voltolini hat im Jahre 1864 ein Schrotkorn und später, im Jahre 1879, eine Perle, die tief im äusseren Gehörgange oder in dem von dem innersten Abschnitte der unteren Gehörgangswand und dem untersten Theile

[1]) F. Bezold, die Corrosionsanatomie des Ohres. München 1882, S. 16.

Digitized by Google

des Trommelfells gebildeten, spitzwinkligen Recessus, im sogen. Sinus tympani sich befanden, dadurch entfernt, dass er die Kranken auf den Rücken legen, den Kopf derselben hinten überhängen liess und nun Einspritzungen machte. Voltolini hat sehr gut auseinandergesetzt, dass in dieser Lage, wo also die obere Gehörgangswand nach abwärts sieht, ein in jenem als Sinus tympani bezeichneten Winkel befindlicher Fremdkörper längs der durch das Trommelfell gebildeten schiefen Ebene hingleiten und von derselben auf die in einem stumpfen Winkel sich ansetzende obere Gehörgangswand gelangend, durch Spritzen nun leicht herausbefördert werden kann[2]). Frontalschnitte durch den äusseren Gehörgang, wie solche von Henle[3]) und Schwalbe[4]) in vortrefflicher Weise abgebildet sind, veranschaulichen den hier stattfindenden Vorgang auf's Deutlichste. Es wird Jeder, der für topographische Verhältnisse Interesse und Verständniss sich angeeignet hat, das von Voltolini angegebene Verfahren, wenn der Fremdkörper thatsächlich im Sinus tympani sich befindet, schon vom anatomischen und theoretischen Standpunkte aus als ein vortreffliches und wohl begründetes bezeichnen müssen. Auch in der Praxis hat sich dasselbe ja vollkommen bewährt. Bezeichnend genug ist es, wenn in dem zweiten von Voltolini beschriebenen Falle beim Ausspritzen des Ohres in der gewöhnlichen, der aufrechten, Haltung die Perle durchaus nicht zum Vorschein gekommen, in der nun vorgenommenen Lageveränderung des Kindes dagegen sofort herausbefördert worden ist. Auch Schwartze hat in entsprechenden Fällen das in Rede stehende Verfahren für ein sehr wirksames erklärt[5]). Politzer hingegen scheint es bisher nicht angewendet zu haben, wenn er sich dahin ausdrückt, dass hierdurch der Fremdkörper aus dem Sinus tympani „leichter herausgeschwemmt werden soll“[6]). Dem durch jenes „soll“ ausgedrückten Zweifel gegenüber soll nachdrücklich darauf hingewiesen werden, dass, wie ein Blick auf anatomische Abbildungen lehrt, bei Anwesenheit von Fremdkörpern im Sinus tympani selbst das Voltolinische Verfahren geradezu mit Nothwendigkeit wirksam sein muss. In einem derartigen Falle sollte dasselbe unbedingt zunächst in Anwendung kommen: vielleicht, aber auch nur vielleicht, könnte es dann versagen, wenn ein hierhin gerathener und mit einer Spitze versehener Fremdkörper in das Trommelfell sich festgehakt hätte.

Auch in meinem Falle hätte ich ja mit Hilfe des Eckermann'schen Stuhles, mit welchem man jede beliebige Winkelstellung herzustellen vermag, die von Voltolini empfohlene Lagerung leicht anwenden können. Da jedoch der Fremdkörper hier jedenfalls noch in dem knöchernen Theile des Gehörganges sich befand, wollte ich zunächst versuchen, ob ich von der für den Kranken doch immerhin etwas lästigen Inversion nicht Abstand nehmen könne. Die hinterher, nach dem Gelingen des Versuches angestellte Erwägung ergiebt denn auch, dass ich das für den vorliegenden Fall Passende glücklich getroffen hatte. Ein Blick auf einen

---

[2]) Monatsschr. für Ohrenheilk. No. 8, 1879.
[3]) Anatomischer Handatlas Taf. 275, Fig. 2.
[4]) Anatomie d. Sinnesorgane, 1887, S. 426.
[5]) Die chirurg. Krankheiten des Ohres, 1884, S. 238.
[6]) Lehrb. der Ohrenheilk., 1882, II. Band, S. 714.

Digitized by Google

Horizontalschnitt durch den äusseren Gehörgang zeigt nämlich, dass in der Rückenlage und bei einer Neigung des Kopfes nach der dem verletzten Ohre entsprechenden Seite, wenn die von dem Gehörgangknorpel und der sogen. Pars fibrosa in der hinteren Wand des Gehörganges gebildete Hervorragung durch einen nach hinten gerichteten Zug an der Ohrmuschel ausgeglichen wird, gleichfalls eine schiefe Ebene, und zwar eine nach der äusseren Ohröffnung hin absteigende Ebene zu Stande kommt[7]). Wird nun, während der Kranke in dieser Lage sich befindet, durch Einspritzungen längs der vorderen Wand des Gehörganges einem in dem letzteren befindlichen Fremdkörper eine Bewegung ertheilt, so wird er sofort herausgeschwemmt werden müssen.

Ueber electrolytische Behandlung der fibrösen, gefässreichen Nasenrachenpolypen.

Von

Dr. **Carl Michel** in Cöln a. Rh.

Im Jahre 1872 berichtete Paul Bruns über einige in der Tübinger Klinik auf electrolytischem Wege geheilte Nasenrachentumoren; das Gleiche geschah 1886 von Dr. Capart in Bruxelles*), welcher im Jahre 1883 die Methode bei einigen meiner Pat. anwenden sah, und jüngst hielt Prof. Voltolini**) auf der Naturforscher-Versammlung in Berlin einen Vortrag über electrolytische Operationen. Demnach scheinen nicht Viele die Methode der Electrolyse versucht zu haben bei den in Rede stehenden Geschwülsten. Mir sind im Ganzen 15 Fälle vorgeführt worden von den fibrösen, sprossenbildenden, sehr gefässreichen, bei Operationen und spontan oft stark blutenden, bisweilen jäh wachsenden Nasenrachentumoren, deren Oberfläche glatt, die Farbe eine perlgraue oder auch eine hellroth glänzende ist und deren Wurzel am Schlunddache sich befindet und zwar nach meinen Beobachtungen meist links und ganz nahe dem Choanenrande und dem Septum-Ursprung. Von diesen Fällen sind 8 electrolytisch behandelt worden; 4, darunter colossale Tumoren, wurden ganz zum Schwinden gebracht, 4 nur theilweise, weil die Cur unterbrochen wurde.

Erster Fall. Van der Pahl, Schafhirt aus Heese in Holland, 18 Jahre alt. Vorstellung am 14. October 1878: Der ganze Schlundkopf ist ausgefüllt durch einen faustdicken Tumor, der bis in die Mundhöhle herabragt und das Velum weit vordrängt. Aus dem linken Nasenloche ragt ein zolldickes Stück hervor. Rechte Nase durch Verdrängung der Scheidewand völlig geschlossen; Nasenathmung gänzlich aufgehoben; Mundathmen geräuschvoll, lang gezogen, sehr erschwert; Nachts furchtbares Schnarchen. Farbe des Gesichtes blaugrau, Gesichtsausdruck stier, blöde, thierisch beschränkt.

---

[7]) Braune, topogr.-anatom. Atlas, 1875, Taf. IV, Text S. 49. — Henle, l. c., Taf. 275, Fig. 1. — Schwalbe, l. c., S. 425.

*) Polypes fibreuses naso-Pharyngiens. Guérison par l'électrolyse. Communications faites à l'Académie dans sa séance du 29. Mai 1886.

**) Vergl. No. 10, 1886 dieser Monatsschrift.

Digitized by Google

Nach 53 Sitzungen — vom November 1878 bis Mai 1879 — war der colossale Tumor verschwunden. Nur hinter dem linken Tubenwulste, in der Rosenmüller'schen Grube, blieb ein Rest zurück, der, wie sich herausstellte, von einem unter der linken Wange fühlbaren, kleinfingerdicken Tumor herrührte. Eine Anschwellung der linken Wange hatte ich schon lange bemerkt, dieselbe aber für consecutives Oedem gehalten. (Der rechte Tubenwulst zeigte sich mit dem nach rechts verdrängten knöch. Septum verwachsen.) Da diesem Tumor mit den Nadeln nicht beizukommen war, rieth ich die Entfernung mit dem Messer an, welche Operation Herr Prof. Bardenheuer hierselbst ausführte. Im Sommer 1883 stellte Pat. sich wieder vor. Die Athmung war vollkommen frei und Pat. hielt sich für völlig gesund. Leider zeigte sich an der oben beschriebenen Stelle (hinter dem Proc. pteryg. sin.) ein Recidiv. Ich rieth dem Pat. an, die Sache einstweilen auf sich beruhen zu lassen. Das Recidiv scheint sich denn auch nicht weiter entwickelt zu haben, denn Nachrichten zufolge (vom Sommer 1886) befindet sich Pat. noch völlig wohl.

Zweiter Fall. Van Grootel, 19 Jahre alt, Bauer aus Mierlo in Holland. Der Tumor füllt die linke Nase ganz aus, den Schlundkopf grösstentheils, rechte Tubenwulst ist eben sichtbar.

Es fanden 47 Sitzungen statt vom November 1878 bis Ende April 1879. Das letzte ganz mortificirte Stück, scheinbar vom hinteren Ende der mittleren Muschel herabhängend, wurde mit der galvanocaustischen Schlinge ganz unblutig abgetragen.

Nach einigen Wochen zeigte sich die mittlere Muschel hinten noch geschwollen, so dass sie den Choanenrand wie das Septum berührte und sich die Ursprungsstelle des Tumors nicht zweifellos feststellen liess. Ich versuchte in diese gleichmässige Schwellung des hinteren Drittheils der mittleren Muschel die Nadeln einzustechen; sie drangen nur 1 bis 2 Mm. ein; der Strom wurde nicht 2 Secunden ertragen; sehr empfindliche, zuckende Schmerzen traten ein im Hinterkopfe und an der linken Seite des Kehlkopfes und nöthigten zur schleunigen Oeffnung des Stromes. Diese grosse Empfindlichkeit ist ein Beweis für die Gesundheit der Einstichstelle.

Im September 1884 stellte sich Grootel wieder vor. Im Rahmen der linken Choane hing ein Tumor von der Farbe und Grösse einer reifen Pflaume. Es war nicht zu ersehen, ob derselbe vom Choanenrand oder von der Oberfläche des hinteren Endes der mittleren Muschel entspringe. An dem ersten Tage hielt Pat. Morgens und Nachmittags je eine $2^1/_2$ Stunden dauernde Sitzung aus (2 Elem.); dann fanden im October 7, November 7, December 12, im Januar 1885 3 Sitzungen von $1—1^1/_2$ St. Dauer an aufeinanderfolgenden Tagen statt, zusammen also 31 Sitzungen. Befund im März 1885: Fingerbreite Narbeneinziehung am Choanenrand, übergreifend auf das hintere Ende der mittleren Muschel. Letzte Untersuchung Juli 1886. Befund derselbe.

Dritter Fall. Leopold Loeb aus Neuwied a. Rh., 18 Jahre alt, ist schon 2 Mal operirt worden in der Klinik zu Bonn. Zuerst am 27. November 1880 (Spaltung des Velums), dann, in Folge Recidivs, am 21. Juni 1881 (Umklappen der Nase). Im October desselben Jahres waren schon wieder dieselben Athembeschwerden vorhanden, wie vor den Operationen!

Digitized by Google

Befund: Ein Tumor hängt bis zur Uvula-Wurzel herab; der rechte Tubenwulst ist sichtbar, links Alles durch den Tumor verdeckt; linke Nase soweit davon ausgefüllt, dass nur die vorderen Enden an der Muschel freiliegen. Es wurden 90 Sitzungen gebraucht innerhalb 2½ Jahren. Pat. konnte nicht regelmässig erscheinen, blieb manchmal 2 Monate lang aus, welchen Umständen ich die grosse Zahl der Sitzungen zuschreibe.

Nach dem Verschwinden des Tumors zeigte sich eine Narbe neben der Basis des knöchernen Septums und von da dem Choanenrand entlang ziehend, etwa 1½ Ctm. breit und 2 Ctm. lang. Sie scheint sich fortzusetzen in die Rachentonsille, deren linke Hälfte (mässig hypertroph.) längere Zeit hindurch noch geschwellt war, so dass Anfangs Zweifel entstanden, ob sie nicht entartet sei. Letzte Untersuchung November 1886 — nach 5 Jahren seit Beginn der electrolyt. Behandlung. Die Narbe hat sich verkleinert. Die Heilung ist vollkommen geblieben.

Vierter Fall. Schmeing, Ackerknecht aus Bocholt, 20 Jahre alt, kam zu mir am 20. Februar 1883.

Befund: Ein Tumor, der die linke Nase bis zum vorderen Drittel ausfüllt, hinten das Velum erreicht, so dass die linke Choane völlig verdeckt ist. Der hintere Abschnitt des Schlunddaches ist zu sehen, einige Kämme der Rachentonsille sind geschwollen, lebhaft geröthet. Ohne bestimmte Grenze scheint der Tumor in die Rachentonsille überzugehen.

Nach 47 Sitzungen (die stattfanden vom Februar 1883 bis November 1885) war der Tumor vollkommen geschwunden; es zeigte sich eine etwa 1½ Ctm. breite Narbe am Dache des Schlundkopfes neben der Wurzel des knöchernen Septums. Nach 7 Monaten Befund derselbe.

Ueber die theilweise geheilten Fälle sei Folgendes berichtet:

Einer von ihnen betraf einen Knaben von 8 Jahren. Der Tumor füllte die rechte Nase und das ganze Cavum pharyng. nasal. aus.

Es fanden 70 Sitzungen statt von Juli 1882 bis Januar 1884. Der Knabe kam sehr unregelmässig, so dass meist 8 Tage zwischen den einzelnen Sitzungen vergingen; ferner war er sehr empfindlich, hielt durchschnittlich kaum 15 Minuten aus. Als ich eines Tages entdeckte, dass unter der rechten Wange sich eine Sprossenbildung (wie im Falle v. d. Pahl) befand, stellte ich die Behandlung ein. Der Tumor (in der Nase) war nur um die Hälfte verkleinert worden. (Nachrichten zufolge wurde in Bonn später die Oberkiefersection gemacht.)

L., Realschüler aus H. in Westph., 18 Jahre alt. Der Tumor verschloss die linke Choane völlig, hatte sich aber nur wenig in die Nase hineinentwickelt, weil diese durch Missbildung des knöch. Septums hinten sehr eng war. Der Luftdurchgang war ganz aufgehoben. Wegen der durch vorspringende Knochenleiste verengten Nase war es schwierig, die Nadeln in den Tumor einzustechen; vom Munde aus gelang die Einführung derselben gar nicht, weil der Tumor nicht weit genug herabhing. Pat. erschien sehr unregelmässig, in manchen Monaten nur 3—5 Mal, blieb auch Monate lang ganz aus, war zudem noch empfindlich, so dass vom Januar 1883 bis August 1885 nur 120 electrolyt. Sitzungen zu Stande kamen. Der Tumor ward zwar so weit verkleinert, dass der Luftdurchgang bequem von Statten ging und Herr L. ohne Athem-Beschwerden, ohne Blutungen sein Dienstjahr als Artillerist abmachen konnte. Von

Digitized by Google

August 1885 bis October 1886 (letzte Untersuchung) scheint der Tumor nicht weiter gewachsen zu sein. Sein Aussehen ist blass, fleckig, die Oberfläche ist narbig verzogen, zeigt strahlige Narben.

Operations-Verfahren: Die Nadeln, welche ich zur Electrolyse verwende, sind nicht aus Zink, sondern aus Messingdraht gefertigt, 25 Ctm. lang, 1½ Mm. dick, an dem einen Ende spitz zugefeilt, an dem anderen halbrund gebogen, damit die Leitungsschnüre bequem angeschraubt werden können nach Einführung der Nadeln. Ein möglichst dünner Ohrcatheter von Cautschuk wird über den Draht nur bis zur Umbiegung desselben vorgeschoben. Je mehr die Drähte im vorderen Abschnitte unbedeckt sind, desto weniger Licht und Raum verdrängen sie bei Einführung in die Nasenhöhle.

Nachdem die Spitzen in Oel getaucht worden sind, damit sie leichter eindringen, werden sie eine nach der anderen in den Theil des Tumors eingesteckt, welcher am besten zu erreichen ist. Bringt ein mässiger Druck sie nicht mehr weiter (selten dringen sie tiefer ein als 1—2 Ctm.), so werden die Catheter durch sanft rotirende Bewegungen — natürlich einzeln — vorgeschoben*), bis sie an den Tumor anstossen. Dies ist nöthig, damit die Drähte sowohl voneinander, wie von der Umgebung völlig isolirt sind. Alsdann vergewissert man sich mittelst des Rachenspiegels, dass die Nadeln keinen verkehrten Weg eingeschlagen haben. Ist eine Nadel (durch die schon verkleinerte Geschwulst) in's Gesunde hinein, in die hintere Schlundkopfwand vorgedrungen, so zieht man sie langsam zurück. Man bleibe beim Einstechen immer in der Richtung der Scheidewand, ziele gerade nach hinten, dann vermeidet man am ehesten, dass eine Nadelspitze die Scheidewand oder eine Muschel anätzt. Wird gesunder Boden berührt, so entsteht gewöhnlich heftiger Schmerz und bald nach Inkrafttreten des Stromes eine Ohnmachtsanwandlung. (Einmal sah ich auf diese Weise durch Anätzung eine kleine Perforation des knöchernen Septums entstehen.)

In den beiden Fällen v. d. Pahl und v. Grootel, wo der Tumor bis in die Mundrachenhöhle hineinragte, stach ich eine Nadel hier ein, benutzte aber hierzu ein anderes Instrument: ein 25 Ctm. langes, 2 Mm. dickes Neusilberröhrchen, auf dessen einem halbrund gebogenen Ende die Nadel einer Pravaz'schen Spritze aufgelöthet war. Ein dünner Gummischlauch wurde darübergezogen, so dass die Spitze nur 1—1½ Ctm. lang herausragte. (Die andere Nadel wurde in den in der Nase befindlichen Theil des Tumors eingestochen.) Ragt der Tumor nicht weit herab, so ist es schwierig, die Nadel so tief einzustechen, dass für die Dauer der Sitzung sie haften bleibt. Diese Applicationsweise ist um Vieles beschwerlicher, angreifender für die Pat., weil sie so lange den Mund aufsperren müssen und während der ganzen Sitzung nicht schlucken können.

Bisweilen tritt beim Einstechen eine kleine Blutung ein, die meist nach Inkrafttreten des Stromes still steht, so dass kalte Einspritzungen gewöhnlich nicht erforderlich sind. Ist die Einführung der Nadeln beendet, so hält Pat. sie nun selbst fest; seine Finger dürfen natürlich das Metall nicht berühren, sie umgreifen die Cautschukröhrchen. Es werden die

*) Vorheriges Beölen des entsprechenden Drahttheils erleichtert dies Vorschieben.

Digitized by Google

Leitungsschnüre angeschraubt und nun der Strom in Thätigkeit gesetzt. Der Strom (mein Apparat ist ein kleiner Stöhr'scher) wird so stark genommen, als Pat. ertragen kann; durchschnittlich dürfen nicht mehr als 2—6 Elem. eingeschaltet werden. Pat. fühlt zuerst einen Ruck, einen electr. Schlag, dann ein mehr oder weniger lebhaftes Brennen im Tumor, das im Fortgang der Behandlung, d. h. je näher man der Wurzel kommt, desto empfindlicher wird. Bisweilen tritt Niesreiz ein — wohl in Folge der Gasentwicklung, die sich auch durch deutliches Knistern bemerkbar macht —; man muss dem Pat. dringend empfehlen, in diesem Falle den Luftstoss nicht durch die Nase, sondern durch den Mund zu richten, denn ich sah einmal bei starkem Niesen durch die Nase eine ausserordentlich heftige, gefahrdrohende Blutung*) entstehen. Ich konnte mir das jähe Hervorstürzen eines das ganze Nasenloch ausfüllenden Blutstrahles nur erklären, indem ich annahm, dass eine aneurysmatische Gefässerweiterung angeätzt und geplatzt war.

Die Entfernung der Nadeln geschieht — nach Abschraubung der Leitungsschnüre — langsam, durch eine sanft rotirende Bewegung, die Pat. selbst ausführt. Die eine Nadel (— Pol) lässt sich leicht lösen, der + Pol aber ist fest angeätzt, und es braucht der Pat. oft 15 Minuten Zeit, ihn herauszubringen. (Es ist daher gegebenen Falles räthlich, den + Pol nicht in der Mundrachenhöhle anzuwenden.) Rasches Herausziehen der Nadeln, besonders des + P., würde jedesmal, fast unfehlbar, eine stärkere Blutung hervorrufen.

Der negative Pol zeigt sich ganz glatt, bisweilen nur etwas schwarz gefärbt, der + P. aber ist, so weit er eingesenkt war, rauh, angefressen durch die Sauerstoffentwicklung. Vor dem neuen Gebrauche muss er mittelst Glaspapier oder Feile wieder glatt hergestellt werden. Bald ist diese Nadel sehr dünn geworden und durch eine neue zu ersetzen.

Wirkungsweise des Stromes. Um die Einstichstellen herum zeigt sich gleich nach der Sitzung eine fingerbreite Stelle weiss oder grau, graugrünlich oder blauschwarz gefärbt. Eine Verkleinerung, Zusammenziehung, des Tumors ist unverkennbar. Anderen Tages ist derselbe geschwollen, nach der 3. bis 4. Sitzung etwas erweicht und missfarbig. Die Nadeln, für die man rothaussehende, gesunde Stellen sucht, dringen leichter ein. Die früheren Einstichstellen sind eingesunken, im Zerfall begriffen, übelriechend, matschig weich; zwischen ihnen erscheint bisweilen ein klaffender Spalt im Tumor. Mehrere Male sah ich — einmal im Rachentheil des Tumors, das andere Mal im Nasentheile — einen so tiefen und langen Spalt, dass derselbe fast durch und durch von oben bis unten in 2 Hälften getheilt erschien. Wahrscheinlich war eine Anzahl parallel laufender Gefässe zu gleicher Zeit verödet worden.

Bisweilen berichteten die Pat., dass schwarze oder missfarbige Stücke — meist ohne jegliche Blutung — sich abgestossen hatten.

Kehrten die Pat. zur Fortsetzung der Behandlung zurück — nach etwa drei Wochen —, so zeigte sich der Tumor deutlich verkleinert und höckerig in Folge verschiedener Einziehungen. Die Farbe war wieder allenthalben eine lebhaft rothe geworden.

Dauer und Zahl der Sitzungen. Die erste Sitzung dauerte bis-

*) Compression der Carotis stillte die Blutung.

Digitized by Google

weilen nur wenige Minuten, da alsbald nach Einsenkung der Nadeln eine Ohnmachtsanwandlung eintrat. Mit der nächsten Sitzung verlor sich die Empfindlichkeit und bald ertrugen die Patienten den Strom (2—6 Elem.) 40—80 Minuten hindurch und länger.

Einige brachten es dahin, jeden Monat an 10 aufeinanderfolgenden Tagen täglich 1—2 Sitzungen durchzumachen (6 Elem.), durchschnittlich aber musste nach 3—4 Tagen, also nach 6—8 aufeinander gefolgten Sitzungen (2—4 Elem.), eine Pause eintreten, weil sich mehr oder weniger starke Kopf- und Nackenschmerzen, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Schwäche, Fieber, schwacher frequenter Puls, ja einige Male Schüttelfröste einstellten. Nach 14 Tagen bis 3 Wochen ist die Eiterung, das Absterben in den verödeten Geschwulsttheilen beendet und die Behandlung muss wieder aufgenommen werden. Dauerte die Unterbrechung 5—6 Wochen, so beobachtete ich meist ein Wiederanwachsen des Tumors, das einige Male ein auffallend zähes erschien.

Während der Pause liess ich die Patienten 3—4 Mal täglich, jedes Mal 1 Liter kühles oder kaltes Wasser mit Zusatz von 1 Theelöffel Carbolsäure oder 1 Esslöffel Kal. chloric., in die Nase spritzen.

In 6—9 Monaten kann man — nach meinen Erfahrungen — die grössten der in Rede stehenden Tumoren durch die Electrolyse zum Schwinden bringen, vorausgesetzt, dass man denselben mit den Nadeln überall gut beikommen kann und dass jeden Monat an 6—8 aufeinanderfolgenden Tagen 1—2 electrolytische Sitzungen von 40—50 Minuten Dauer stattfinden.

Sprossenbildung hinter dem Process. pterygoid. und unter der Wange bildet — weil hier die Nadeln nicht eingestochen werden können — die Gegenanzeige.

Den Galvanocauter wandte ich versuchsweise mehrfach an; es war jedoch das Brennen sehr schmerzhaft, nur kurze Zeit erträglich trotz Cocain, so dass die Wirkung keine tiefgehende sein konnte. Störende Blutungen stellten sich jedesmal ein. Die Reaction auf das Allgemeinbefinden schien auffallend stark zu sein.

Den faradischen Strom versuchte ich ebenfalls öfter ohne Erfolg.

Doppelseitige Paralyse der Glottis-Erweiterer in Folge von Druck eines Aorten-Aneurysmas auf den N. recurrens sin. Ruptur jenes. — Tod.

Von

Dr. **Beschorner** in Dresden.

Die in No. 1 des laufenden Jahrganges dieser Monatsschrift von Schaeffer mitgetheilten Fälle von Aorten-Aneurysma, sowie ein ähnlicher von Bresgen (Berl. klin. Wochenschr. No. 8, 1887) erinnern mich an die Veröffentlichung eines fast analogen, in hiesigem Stadtkrankenhause beobachteten Falles, den ich selbst wiederholt zu untersuchen Gelegenheit hatte, über welchen mir die genauen Protokolle vorliegen und welcher neben übrigens mancherlei lehrreichen Momenten insbesondere die Wich-

Digitized by Google

tigkeit der Schlüsse darlegt, die man aus dem laryngoscopischen Befunde auf Erkrankungen fernerliegender Organe zu ziehen im Stande ist:

Frau Ernestine B., 43 Jahre alt, Waschfrau, wurde am 6. Sept. 1882 auf die Abtheilung des Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Fiedler im hiesigen Stadtkrankenhause aufgenommen. Patientin, in deren Familie weder Lungen-Phthise, noch Carcinom, noch Herzkrankheiten vorgekommen, gab an, seit 3 Jahren an Kurzathmigkeit zu leiden, die jedoch, mit vollständig freien Intervallen, nur anfallsweise auftrat und sie in Ausübung ihres Berufes niemals hinderte.

Seit 3 Wochen wurden die Athembeschwerden continuirlich, nahmen an Intensität zu und steigerten sich nicht selten bis zum Erstickungsgefühle dergestalt, dass sie nunmehr ärztliche Hilfe zu suchen sich veranlasst fühlte.

Erscheinungen, welche auf Erkrankung des Herzens schliessen lassen durften, hatte sie nie beobachtet, ebensowenig irgendwelche Schlingbeschwerden.

Die Aufnahme des Status praesens ergab bei der ziemlich gut genährten Patientin: nirgends Drüsenschwellungen, keine Struma, keine Zeichen von Lues. Die Athmung geschieht äusserst mühsam, mit Einziehung des Jugulum und Epigastrium, unter starker Betheiligung der gesammten Hilfsmusculatur; Abwärtssteigen des Kehlkopfs beim Inspirium findet nur in geringem Maasse statt. — Percussion der Lungen lässt allseitige Erweiterung ihrer Grenzen erkennen, insbesondere ist die Herzdämpfung bis auf eine zweimarkstückgrosse Stelle von ihnen überlagert. Eine Dämpfung über dem Manubr. sterni kann nicht constatirt werden. Die Auscultation zeigt stark verlängertes Exspirium, allenthalben sehr verschwächtes, vesiculäres Athmen und grobe, über die ganze Lunge zerstreute Rhonchi. Uebrigens nichts Abnormes, insbesondere keine Erscheinungen, welche auf Reste einer früheren Pleuritis schliessen zu lassen gestatteten. Mässiger Husten und geringer, glasiger Auswurf. Puls etwas beschleunigt, voll, wenig gespannt, beiderseits gleich. Herzstoss nicht deutlich sicht- und fühlbar, Herztöne an normaler Stelle, dumpf, doch rein. Nirgends abnorme Gefässgeräusche. Harn eiweissfrei.

Stimme klar, Sprache gut verständlich, doch monoton, wird sowohl mit dem In- als Exspirationsstrome und stossweise hervorgebracht. Inspection der Nase, des Rachens und Nasenrachenraumes ergiebt keinerlei wesentliche Störungen, die von mir vorgenommene laryngoscopische Untersuchung: fast vollständige Adductionsstellung beider Stimmbänder. Während der Inspiration entfernen sich ihre freien Ränder um etwa $1^1/_2$ Mm. von einander; bei der Phonation berühren sie sich vollständig in ihrer ganzen Länge.

Nach alledem stellte ich die Diagnose auf doppelseitige Paralyse der Glottis-Erweiterer in Folge von Druck auf die Recurrentes und wurde als Causa peccans, da ein Insult durch Struma, pleurit. Schwarte, Oesophaguscarcinom oder durch irgendwelche Drüsengeschwulst ganz oder nahezu auszuschliessen war, ein Aneurysma der Aorta für wahrscheinlich erachtet.

Die nächsten Wochen vergingen unter Anwendung von Jodkali und Electricität mit wechselndem Befinden der Kranken. Da jedoch Anfang October die Athmung sich wieder sehr beträchtlich verschlechterte und

Digitized by Google

bei geringster psychischer Erregung oder körperlicher Anstrengung zu höchst drohender Suffocationsgefahr sich steigerte, so führte Herr Hofrath Dr. Stelzner am 9. October unter Chloroformnarcose die Tracheotomia inferior aus. — Eine wesentliche Besserung der Athmung und der bestehenden Cyanose wurde zunächst durch Einlegung der einfachen Lüer'schen, später einer längeren Canüle nicht erzielt, und erst die Application eines kleinfingerdicken, 8 Ctm. langen Gummischlauches, welchem man später eine lange Roser'sche Glieder-Canüle substituirte, brachte die erhoffte Linderung. Es musste demnach die Existenz eines in der Trachea tiefer sitzenden, also zweiten Athmungs-Hindernisses als wahrscheinlich angenommen werden.

Während nun in den nächsten Tagen die Athmung befriedigend sich gestaltete, stellte sich unter lebhaften Fieberbewegungen bald eine äusserst heftige Bronchitis mit abundanter Secretion ein, welche einen häufigen Wechsel der Canüle behufs Reinigung erheischte, und bei einem solchen ereignete es sich am Morgen des 26. October, dass nach Entfernung des provisorisch eingesetzten Gummischlauches behufs Säuberung der Trachealwunde aus dieser ein kleinfingerdicker Strahl arteriellen Blutes sich ergoss, der nicht gestillt zu werden vermochte und den Exitus letalis herbeiführte.

Die von Herrn Med.-Rath Prof. Dr. Birch-Hirschfeld am 27. Octbr. vorgenommene Autopsie ergab (mit Hinweglassung des minder Wichtigen): eine gerade, von oben nach unten verlaufende, 3 Ctm. lange, bis 1 Ctm. weit klaffende Perforation der linken Trachealwand vom 10. Trachealknorpel bis zur Bifurcation, deren Umgebung missfarbig, deren Grund zum Theil durch bröcklige, gelbe, fibrinöse Massen verlegt war und aus deren unterem Winkel eine freie Communication mit der Höhle des nachstehend beschriebenen Aneurysmas stattfand.

Genau gegenüber dieser Perforation, in der rechten Trachealwand, wurde die Schleimhaut erodirt, der Grund des ebenfalls genau von oben nach unten verlaufenden Substanzverlustes gelblich gefärbt gefunden. Der rechte Hauptbronchus war weit, durch dunkle, lockere Blutgerinnsel vollständig verstopft, der linke stark von oben her zusammengedrückt, mit spärlichen Blutgerinnseln versehen. Entsprechend der Concavität des Aortenbogens zeigte sich ein kleinapfelgrosser aneurysmatischer Sack, welcher genau 1½ Ctm. unterhalb des Ursprungs des Aneurysmas lag. Hier fand sich eine ovale, im grössten Durchmesser 1½ Ctm. lange, kaum 1½ Ctm. breite Oeffnung, deren Rand glatt erschien, und von hier gelangt man in den Aneurysmasack, in dessen Innenfläche die Intima um einige Millimeter breit sich fortsetzte, während die übrige Wand des Sackes aus grauröthlichen, mattglänzenden, fibrinösen Massen von 2 Mm. Dicke und aus dem Zellgewebe der Umgebung bestand. Der übrige Theil der Innenfläche wurde glatt befunden; nach hinten zu lagen braunrothe bis schwärzliche, zellige, zerwühlte Coagula, zwischen welchen die oben beschriebene Perforation durchgegangen war. — Aorta ascendens und descendens bis herab zum Zwerchfell bedeutend erweitert. — Der Nerv. recurr. sin. verlief über dem hinteren Theile des beschriebenen aneurysmatischen Sackes, daselbst stark platt gedrückt. Seine Fasern waren auseinandergezogen. Oberhalb erschien der Nervenstamm dünn, besonders im Vergleich mit dem der anderen Seite. Farbe mattgrau.

Digitized by Google

Der Nerv. recurr. dextr. hing zwar mit dem Aneurysma nicht direct zusammen, doch zeigte das ihn umgebende Zellgewebe hochgradige sulzige Schwellung, die sich auch auf die Nervenscheide fortsetzte und sich übrigens auf das ganze retrotracheale Bindegewebe erstreckte. Die tiefen Trachealdrüsen erheblich geschwellt, ihr Gewebe fest, graugallertig mit schwärzlichen Punkten.

Beide Musculi arytaenoidei postici fand ich, insbesondere den linken, sehr stark atrophisch, die genaue microscopische Untersuchung liess eine beiderseits fettige Degeneration und körnigen Zerfall der Muskelfasern erkennen in reichem Maasse bei diesem, während es in geringerem Grade beim Arytaenoid. transvers., dem Crico-arytaenoid. lateral. und Thyreo-arytaenoid. intern. (beider Seiten) der Fall war.

Aus alledem ergeben sich vom practischen Standpunkte aus folgende Hauptschlussfolgerungen:

Die Wahrscheinlichkeit des Bestehens eines Aortenaneurysmas kann unter Umständen — wie im vorliegenden Falle — nur durch das Ergebniss der laryngoscopischen Untersuchung begründet werden.

Die Prognose darf in Fällen wie dem vorstehenden und ähnlichen, selbst unter Zuhilfenahme der Tracheotomie, nicht einmal quoad restitutionem respirationis günstig gestellt werden.

Die schwere Läsion eines Recurrens genügt, sei es durch welchen Vorgang immer, beide Mm. arytaenoidei postici functionsunfähig zu machen.

Entgegnung.

In Nummer 4 dieser Monatsschr. wendet sich Herr Dr. Kiesselbach („Beitrag zur Histologie der Ohrpolypen") gegen meine Aufstellung, dass die gelatinösen Nasenpolypen nicht von Mucin-, sondern von Albuminserum durchtränkt seien, indem er die Anwesenheit des Eiweisses im Serum auf Blutbeimischung zurückführt und hervorhebt, dass meine Probe die Anwesenheit des Mucins nicht ausschliesse. In letzterem Punkte gebe ich Herrn Dr. K. Recht, jedoch nur insofern, als meine kurze Ausführung an der citirten Stelle die Reactionsproben auf etwaigen Mucingehalt des Serums, welche ich gleichwohl, wenn auch mit negativem Erfolge, angestellt habe, nicht enthält. Was aber die Unterstellung der Verunreinigung des Serums durch Blutbeimischung anbetrifft, so hätte ich wohl erwarten dürfen, dass Herr Dr. K. mir soviel Kenntniss zugetraut hätte, um diesen Factor genügend zu berücksichtigen bezw. für Ausschliessung der Blutbeimischung Sorge zu tragen, was selbstverständlich geschehen musste, wenn der Eiweissprobe Beweiskraft zukommen sollte, und auch geschehen ist. Indem ich auf ausführlichere Mittheilungen zu dieser Frage in einer der folgenden Nummern dieser Monatsschr. hinweise, halte ich meine Behauptung, dass die oedematösen Fibrome der Nasenschleimhaut nicht mucin-, sondern albuminhaltig sind, in allen Stücken aufrecht.

Köln, den 1. Mai 1887. Dr. Hopmann.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Rückblicke auf die neueren Untersuchungen über den Bau der Schnecke, im Anschluss an eigene Beobachtungen. Von Arthur Boettcher. (Archiv für Ohrenheilk., Bd. XXIV, Heft I, pag. 1 u. H. II, pag. 95.)

Der Verfasser führt in dieser sehr ausführlichen Arbeit die neueren Untersuchungen an, welche von anderen Autoren sowohl als auch von ihm selbst über den Bau der Schnecke erschienen sind, und berichtet eingehend über die widersprechenden Ansichten, welche zur Zeit noch auf diesem Gebiete herrschen. (Vergl. Referat in dieser Monatsschrift No. 3, 1887.)

Bezüglich der Circulationsverhältnisse in der Schnecke kann sich Boettcher von der Existenz des von Voltolini beschriebenen Spiralgefässes in den Gehörzähnen der Schnecke nicht überzeugen*) Nach seinen Beobachtungen treten die Aeste der Arteria cochleae aus dem Modiolus zuerst in die Lamellen der Lamiraria spiral. oss., verbreiten sich sowohl in dem Periosteder oberen Lamelle, als auch in dem Limbus und zwischen den beiden Blättern der Lamina spiral. oss. unter vielfacher Schlingenbildung, die an manchen Stellen, namentlich in der Nähe der Anheftungsstelle der Membrana Reissneri, einen mit dem Sulcus spinal. parallel gerichteten Verlauf erkennen lassen.

Nach den Untersuchungen des Verfassers existirt nur ein einziges constantes, wirkliches Spiralgefäss, das immer unter dem Corti'schen Bogen liegt, während die von anderen Autoren in dieser Gegend beobachteten weiteren Spiralgefässe nicht constant sind. Die Anlage des Spiralgefässes zeigt sich erst mit dem Beginne der Scalenbildung und wächst von unten nach aufwärts entsprechend dem Fortschreiten der Entwicklung des Ductus cochlearis. Bei Erwachsenen zeigt sich das Spiralgefäss von einem Lymphraume umgeben, sein Lumen verengt sich gegen die Kuppel der Schnecke hin immer mehr und ist an dem äussersten Ende derselben nicht mehr zu unterscheiden. Es ist noch nicht bestimmt entschieden, ob dies Gefäss als ein arterielles, venöses oder als Capillargefäss zu betrachten ist. Anastomosen zwischen ihm und anderen Gefässzweigen bestehen nur an der Lamina spiral. oss. Für die Function des Gehörorgans sowohl im normalen Zustande als auch bei subjectiven Ohrgeräuschen ist dieses Gefäss jedenfalls von der grössten Bedeutung.

Bezüglich des Epithels an der oberen Fläche der Habenula sulcata und des Sulc. spiral. haben neuere Untersuchungen von Retzius gezeigt, dass die zwischen den Zähnen und Wülsten eingeschlossenen Epithelzellen auch an der Oberfläche der Habenula sulcat. sich ausbreiten und hier ganz dünne, nur durch Versilberung nachweisbare polygonale Plättchen bilden. Der Hohlraum, welcher innen vom Sulcus spiralis und oben von der Membrana Corti begrenzt wird, entsteht durch ein Niedrigerwerden der Zellen des grossen Epithelialwulstes.

---

*) Vergl. Prof. Dr. R. Voltolini's Erwiderung. (Monatsschrift f. Ohrenh., Jahrg. XXI, No. 3.)

Digitized by Google

Die Frage nach der Entstehung der Pfeiler, Corti'schen Bogen, harrt noch immer ihrer definitiven Erledigung. Nach den Beobachtungen des Verfassers an Katzen- und Hundeembryonen ist die Anlage für die inneren und äusseren Pfeiler eine gemeinschaftliche und es vollzieht sich dann bei der an ihrer Basis sich mehr und mehr verbreiternden Zelle eine Theilung in senkrechter Richtung, wodurch die Anlage für die inneren und äusseren Pfeiler von einander geschieden wird.

Die Anlage für die inneren Hörzellen, auch Haarzellen oder Stäbchenzellen genannt, ist in der ersten Zelle des kleinen Epithelwulstes gegeben. Was die inneren unteren Hörzellen oder die Körnerschichte betrifft, so hat der Verfasser bei Embryonen einen directen Zusammenhang dieser kleinen Zellen mit den Nervenfasern beobachtet. Der Epithelialbogen, unter welchem der ganze acustische Apparat ruht, wird von Boettcher mit einem besonderen Namen „Fornix papillae spiral. siv. organi Cortiari" belegt. Es ist nicht ohne Bedeutung, dass die Nerven, deren Endzellen und die diese tragenden Bogenfasern oder Pfeiler unter einem besonderen Gewölbe abgeschlossen erscheinen. Aber abgesehen von der gewiss nicht zu unterschätzenden physiologischen Bedeutung, die dieser Ueberwölbung des acustischen Endapparats zukommen dürfte, ist dieselbe auch in histologischer Beziehung von grossem Interesse. Durch entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen hat Böttcher die Anschauung gewonnen, dass sich jede Corti'sche und jede Deiters'sche Zelle aus je einer Cylinderzelle des embryonalen Schneckencanals herausbildet und in dieser Selbstständigkeit auch für das spätere Leben verharrt. Die stielförmigen Fortsätze der Corti'schen Zellen sitzen mit ihrem sich etwas verbreiternden dreieckigen Ende im Centrum der von der abgeplatteten Basis der Deiters'schen Zellen eingenommenen sechseckigen Felder auf der Basilarmembran fest.

Die Corti'sche Membran ist mit dem acustischen Endapparate so verbunden, dass sich die faserigen Fortsätze derselben zur oberen Endfläche der inneren oberen und der äusseren absteigenden Haarzellen herabsenken und an dieser festhaften, dass aber auch eben solche Fortsätze sich zu den weiter nach aussen gelegenen Epithelzellen begeben und an diesen ebenfalls befestigt sind. Bezüglich der in acustischen Endapparaten sich vertheilenden Nervenfasern herrscht bei den verschiedenen Autoren noch eine grosse Unsicherheit und ist es nöthig, dass hier noch weitere Untersuchungen vorgenommen werden.

Auf die sehr ausführliche und kritische Darstellung des feinen Baues der Gehörschnecke in vorliegender Abhandlung hier noch näher einzugehen, würde zu weit führen, und muss daher auf die Originalarbeit verwiesen werden. Kirchner.

Betrachtungen über den Mechanismus des Paukenfells. Von Prof. A. Fick in Würzburg. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XXIV, H. II u. III, p. 167.)

Die Fähigkeit des Trommelfelles, Töne von beliebiger Höhe annähernd gleich gut auf das innere Ohr zu übertragen, kann nicht darauf beruhen, dass diese Membran wegen sehr hoher Lage ihres Eigentons und bedeutender Dämpfung ohne erhebliches Nachzittern mitschwingt, sondern man muss in demselben einen eigentlichen resonanzfähigen Körper erblicken, der durch Einwebung des Hammerstieles längs seiner Radien

Digitized by Google

befähigt ist, nicht nur auf einen oder einige wenige Eigentöne, sondern auf alle Töne der musikalischen Scala annähernd gleich gut nach Maassgabe der objectiven Stärke des einwirkenden Tones zu resoniren.

Man kann nun das Trommelfell in eine Anzahl von Streifen und Sectoren zerlegen, die, wenn auch in Wirklichkeit nicht völlig freiliegend, doch gewiss zum Theile selbstständige Schwingungen ausführen können, ohne dass die weiter entfernten stark mitbewegt werden. Auf diese Weise ist es leicht verständlich, wie die Membran Schwingungen von beliebiger Anzahl und Form auf die Spitze des starren Radius (Hammergriff) überträgt. Z. B. bei Einwirkung eines Klanges, der sich aus den Partialtönen von n, 2 n, 3 n etc. -Schwingungen zusammensetzt, werden sich unter den Trommelfellstreifen viele finden, welche auf gleiche Schwingungszahlen gestimmt sind, welche daher auch in heftige Bewegung gerathen und durch Zug an dem Hammergriffe diesen starren Radius in eine gleiche Anzahl von Schwingungen versetzen. Da aber dieser solide Körper nur als Ganzes schwingen kann, etwa Drehungen um seinen peripheren Endpunkt ausführend, so werden in der Bewegungsform seines centralen Endes die sämmtlichen Componenten vertreten sein.

Das Gehörorgan wäre daher nach dieser Hypothese als eine Combination zweier Resonanzapparate anzusehen. Der erste hätte den Zweck, die Hammerstielspitze und unmittelbar den Steigbügel in Schwingungen zu versetzen, die an Frequenz und Form den einwirkenden Luftschwingungen vollkommen gleichen und die mit grösserer Amplitude ausgeführt werden, als wenn die Luftschwingungen direct auf den Steigbügel einwirkten. Der zweite Resonanzapparat in der Schnecke hat den Zweck, die einzelnen Componenten des Klanges an räumlich getrennten Orten zur Wirkung zu bringen.

Eine ausführlichere Arbeit über diesen Gegenstand wurde von Dr. Nolda unter Leitung des Verf.'s im physiologischen Institute in Würzburg ausgeführt und als Dissertation publicirt. (Würzburg, Stahel'sche Universitäts-Buchhandlung.) Kirchner.

Ueber die Abhängigkeit der Hörschärfe von der Hörzeit. Von L. Jacobson, Berlin. (Arch. für Ohrenheilkunde, XXIV, 1.)

Die graphische Darstellung der Resultate der Hörprüfung mit Stimmgabeln. Von A. Hartmann, Berlin. (Zeitschr. für Ohrenheilk., XVII, 1./2.)

Zur Frage der Hörprüfung mit Stimmgabeln. Von A. Barth, Berlin (Ibidem.)

Gegen die von Hartmann empfohlene Hörprüfung mittelst Bestimmung der Perceptionsdauer ausklingender Stimmgabeln und die graphische Darstellung der gefundenen Resultate (cf. diese Monatsschr., 1885, pag. 147) hatte Jacobson in obiger Arbeit den Beweis zu führen gesucht, dass die Methode auf physikalisch unrichtigen Voraussetzungen beruhe, deshalb unbrauchbar sei; für's Erste sei eine gleichmässige Stärke des Anschlags durch Aufschlagen der Stimmgabel auf einen Block, wie H. vorschlage, nicht zu erzielen; sodann nehme die Schwingungsamplitude der Stimmgabeln nicht, wie die von H. aufgestellte Gleichung annehmen lasse, in arithmetischer, sondern geometrischer Progression ab, ja, nach Hensen erfolge die Abnahme der Schwingungen überhaupt

Digitized by Google

bei den Stimmgabeln in ganz unregelmässiger Weise; die in das Schema eingetragenen Werthe, bei deren Feststellung auf diese physicalischen Thatsachen keine Rücksicht genommen wäre, seien daher unrichtig.

Hartmann betont zunächst, dass eine für die practische Verwerthbarkeit völlig genügende Gleichmässigkeit des Anschlags durch einige Uebung mit Sicherheit zu erzielen sei; der Vorwurf der physikalischen Fehlerhaftigkeit der Methode dagegen insofern keine practische Tragweite besitze, als nach den Untersuchungen von Vierordt der physikalische Werth der Schallstärken dem acustischen Werthe derselben nicht entspreche, indem die gemäss der Theorie in geometrischer Progression abnehmenden Schallstärken vom Ohr empfunden würden, als ob sie in annähernd einfachem Verhältniss sich änderten. Was die von J. citirte Angabe Hensen's betrifft, so stellt H. dieselbe dahin fest, dass nach diesem Autor die von J. betonte Unregelmässigkeit nur hinsichtlich verschiedener Stimmgabeln bestehe, bei derselben Stimmgabel aber die Abnahme, wenn auch nicht einer geometrischen Reihe genau entsprechend, so doch in einer völlig regelmässigen, bei graphischer Darstellung stets dieselbe Curve gebenden Weise erfolge.

Barth hatte mit seiner in einer Sitzung der otiatrischen Section der letzten Naturforscher-Versammlung gemachten Behauptung, „dass es ganz gleichgiltig für die Bestimmung der Hörschärfe mittelst Stimmgabeln sei, ob die Schwingungen in arithmetrischer oder geometrischer Progression abnähmen, da die an demselben Gesunden oder Kranken öfter wiederholten Untersuchungen mit Stimmgabeln stets übereinstimmende Zahlen ergeben", ebenfalls die entschiedene Gegnerschaft Jacobson's gefunden. Zunächst hebt B. in obigem Aufsatze gegen die von J. betonte Ungleichheit des Stimmgabelanschlags hervor, dass die hieraus resultirende Fehlerquelle bei einiger Uebung sich auf ein nicht mehr zu berücksichtigendes Maass reduciren lasse; sodann spricht er sich bezüglich des ungleichen logarithmischen Decrementes der Schwingungen mit Bezug auf Vierordt in demselben Sinne wie H. aus, und kommt zuletzt nach einer mathematischen Deduction zu dem Schlusse, dass gegen eine Methode der Höruntersuchung, welche, wie die Hartmann'sche, die Perceptionsdauer für tiefe und hohe Stimmgabeln bei gesunden und kranken Gehörorganen bestimme und die gefundenen Werthe in Relation zu einander setze, physicalisch absolut nichts einzuwenden sei.

Darf nun auch zugegeben werden, dass in rein theoretischer Beziehung die Hartmann'sche Methode der Hörprüfung nicht nach allen Seiten einwandfrei erscheint, so würde sich dieselbe bei ihrer grossen Uebersichtlichkeit gleichwohl practisch verwerthen lassen, wenn nicht, wie Ref. bereits an früherer Stelle zu bemerken sich erlaubte und wie Barth am Schlusse seines Aufsatzes ebenfalls betont, die Ausführung derselben eine so zeitraubende wäre, dass ihre practische Verwendbarkeit stets eine beschränkte bleiben wird. Keller.

Untersuchungen über Pilzinvasion des Labyrinths und der Felsenbeinpyramide im Gefolge von einfacher Diphtherie. Von S. Moos. (Zeitschr. für Ohrenheilkunde, XVII, 1./2.)

M. theilt die Befunde von sechs Schläfenbeinen dreier an einfacher Diphtheritis verstorbener Kinder mit. Während das Mittelohr nur ein-

Digitized by Google

fach catarrhalische Veränderungen darbot, fanden sich erhebliche Störungen im inneren Ohre, und zwar ähnlich wie bei den von Steinbrügge mitgetheilten Labyrinthbefunden bei epidemischer Cerebrospinalmeningitis, hauptsächlich an den halbzirkelförmigen Canälen und Ampullen, daneben pathologische Befunde am Acusticus und seinen Labyrinthverzweigungen, während die Schnecke nur wenig betheiligt war; eine Eiterung konnte nirgendwo nachgewiesen werden.

Die wesentlichsten und bei allen Schläfenbeinen sich constant wiederholenden Befunde ergaben sich an der Endo- und Perilymphe der halbzirkelförmigen Canäle, ihrem Periost und der angrenzenden Knochenschichte, Veränderungen, welche zum Theil auf necrotische, zum Theil auf entzündliche Vorgänge zurückzuführen sind. In der Endolymphe fand sich an vielen Stellen eine das Lumen der häutigen Canäle bald ganz, bald theilweise ausfüllende Masse, welche aus der coagulirten Lymphe und einer grossen Menge einkerniger, meist aber mehr- und vielkerniger Zellen (Riesenzellen) bestand; diese in concentrischen Schichten gelagerte Masse zeigte je nach der Dauer des Krankheitsprocesses eine mehr oder weniger weit vorgeschrittene organische Entwicklung in Bindegewebe, Knochensubstanz, exquisite Gefässbildung mit stellenweise breiter Verwachsung mit dem Periost; letzteres selbst theils zerfallen, theils in Wucherung begriffen mit Usur des Knochens; nirgends Eiterbildung. — Wie auch anderweitig bei Diphtheritis nachgewiesen wurde, so fand auch M. in den Blutgefässen des Labyrinths ausgesprochen globäre Stase mit consecutiven Zerreissungen und Hämorrhagien, wodurch wiederholt deutlicher Zerfall und Lückenbildung im Verlauf des Acusticus und einzelner Labyrinthverzweigungen entstanden waren.

Im Knochengewebe fanden sich neben Zerfall des Markes gleichzeitig entzündliche Vorgänge, in den Havers'schen Canälen zellige Infiltration, die Hülle des Markes nicht selten hyperplastisch.

Diese Befunde von Necrobiose neben entzündlichen Vorgängen ohne jede Spur von Eiterbildung führten M. zu der Vermuthung, wie auch Steinbrügge bei seinen ähnlichen Sectionsergebnissen zu derselben Schlussfolgerung gekommen, dass es sich hierbei um die Einwirkung pathogener Microorganismen handeln müsse; durch den factischen Nachweis derselben hat M. die erste positive Beobachtung dieser Art gemacht. Er fand kettenbildende Micrococcen, und zwar allenthalben in den Markräumen der Felsenbeinpyramide, im Aquaeductus vest., während im endo- und perilymphatischen Raume der Bogengänge der Nachweis nur bei einem Theile der untersuchten Objecte, im Vorhof und in der Schnecke dagegen gar nicht gelang. Im Anschluss an die Arbeiten von Löffler u. A. sieht M. die von ihm gefundenen Coccen nicht als die specifischen Keime der Diphtheritis an, sondern nur als accidentelle Begleiter derselben, spricht aber seine Ansicht dahin aus, dass bei einer Reihe von Infectionskrankheiten, bei welchen plötzliche Ertaubung und Gleichgewichtsstörungen aufzutreten pflegen und bei welchen der pathologische Befund von dem obigen, namentlich bezüglich der Gerinnung und weiteren Differenzirung der Endolymphe, nicht wesentlich differiren wird, es sich um die Einwirkung der specifischen Krankheitserreger handeln wird (Parotitis).

Ausser der allgemeinen Blutbahn, in welche die Microorganismen

Digitized by Google

von den erkrankten Körperstellen aus durch die Lymphbahnen gelangen, betont M. noch einen zweiten Weg, auf welchem dieselben zum Labyrinthe vordringen können, nämlich vom Subduralraume her, und erinnert dabei an die Untersuchungen von Schwalbe, A. Key und Retzius über den Zusammenhang des Subduralraumes mit tiefgelegenen Halsdrüsen, dem subduralen Raume der Nervenwurzeln, in specie des Acusticus, sowie mit den Lymphgefässen der Nasenschleimhaut, wodurch einmal das Eindringen der Microorganismen aus den erkrankten Körpertheilen in den Subduralraum sowie von hier aus zum Labyrinth seine Erklärung finden kann.

Bezüglich der Einwanderung in die der Blutgefässe ermangelnde Endolymphe kommt M., Angesichts der Thatsache, dass der Ductus endolymphaticus zwischen 2 Durablättern blind endigt, zu der Vorstellung, dass die Microorganismen von der Dura längs des mit ihr im Zusammenhange stehenden fibrös-periostalen Bindegewebes, welches den knöchernen Aq. vest. auskleidet und (nach Rüdinger) eine Anzahl feiner Spalten enthält, welche möglicherweise feinen Lymphgefässen entsprechen, in den Aq. vest. gelangen.

Was die Behandlung der Labyrinthaffectionen bei Diphtheritis anbelangt, so räth M. zu möglichst frühzeitigen Pilocarpininjectionen, wodurch eine raschere Resorption der angehäuften lymphatischen Elemente in der Endolymphe sowie der gesetzten hämorrhagischen Exsudate zu hoffen ist; mit Recht betont M. hierbei die entscheidende Bedeutung des Hausarztes für die Beurtheilung des günstigsten Zeitpunktes zum Beginn der Cur.

In einem Anhange bespricht M. noch das Fieber bei diphtheritischer Otitis, welches sich durch seine Unregelmässigkeit sowie den protrahirten Verlauf auszeichne.

Bei der erforderlichen Kürze des Referats muss bezüglich der Einzelheiten auf die werthvolle Arbeit selbst verwiesen werden.

Keller.

Ein Galvanocauter für das Trommelfell. Von Dr. Schubert in Nürnberg. (Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. XXIV, H. I, pag. 47.)

Der Verf. erinnert an die Thatsache, dass galvanocaustisch hergestellte Paracentesen länger der Verwachsung widerstehen, als solche mit Paracentesennadeln oder mit dem Messer ausgeführte. — Da mit dem Voltolini'schen Brenner nur eine kleine runde Oeffnung angelegt werden kann, liess Schubert, um eine grössere Trommelfelllücke mit einem Acte zu erzielen, durch den Instrumentenfabrikanten Reiniger in Erlangen einen Brenner mit mehrere Millimeter langer Schneide construiren, der für den genannten Zweck gute Dienste leistet. Kirchner.

Ueber die chirurgische Behandlung von Gehirnabscessen in Folge von Ohrenleiden. (On the Surgical Treatment of Brain Suppuration Following Ear Disease.) Von Robert F. Weir in New-York. (Med. Record, 9. April 1887.)

Eine 39jähr. Frau, die sich den rechten Daumen verletzt hatte, wurde im Verlauf der ziemlich heftigen localen Wundreaction von starken Kopfschmerzen befallen. Es trat rechterseits Otorrhoe auf, welche nur

Digitized by Google

kurze Zeit anhielt und von Taubheit gefolgt war. Der Daumen wurde incidirt und eine Quantität Eiter herausgelassen. Trotzdem persistirten die Kopfschmerzen, sie verlor den Appetit, bekam Schüttelfröste und Erbrechen. Eine Woche nach der Daumenincision begann sie über Schmerzen in den Beinen und Behinderung im Gehen zu klagen. Temp. 101½ F., Resp. 16, Puls 64. Patientin apathisch; keine Paralyse. Die Wunde am Daumen heilte vollkommen zu, dagegen entwickelte sich Oedem und Druckempfindlichkeit über dem rechten Warzenfortsatz. Im rechten Trommelfell fand sich eine grosse Perforationsöffnung, durch welche jedoch kein Eiter secernirt wurde. Operative Eröffnung des Proc. mast. und Entleerung einer geringen Menge Eiter aus dem Antrum mastoid. Nach dieser Operation fiel die Temp. auf 99° F. und der Puls stieg auf 82. Da der Kopfschmerz persistirte, der Puls im Verlauf einer Woche wieder auf 58 sank und im rechten Auge Stauungspapille gefunden wurde, erweiterte W. die Operationsöffnung im Proc. mastoid., legte die Dura bloss, incidirte dieselbe und machte mit der Pravaz'schen Spritze 1½ Zoll tiefe Probepunctionen, ohne den gesuchten Hirnabscess entdecken zu können. Dieser Eingriff, obwohl resultatlos, hatte weiter keine schlimmen Folgen, ja die Pat. schien unmittelbar darauf sogar sich besser zu befinden. Elf Tage nach dieser zweiten Operation trat rechtsseitige Hemiplegie und Erbrechen auf, Temp. 103° F., Puls 68, unregelmässig. Nun wurde der linken Rolando'schen Linie entsprechend ein 11" im Durchmesser habendes Stück des Schädeldaches trepanirt, die Dura mittelst Kreuzschnitts incidirt und eine Aspiratornadel in die Gehirnsubstanz versenkt. — Kein Eiter. Coma und Exitus am folgenden Tage. Autopsie verweigert.

W. knüpft an diesen Fall eine lesenswerthe Besprechung der einschlägigen Fälle von Gowers und Barker, Greenfield und Caird, Truckenbrod und Schede, Ogston, James Black und Schondorff.

Aus der in der Literatur niedergelegten Casuistik ist ersichtlich, dass nahezu der vierte Theil aller Gehirnabscesse ihren Ursprung von einem Ohrenleiden nimmt. Von Abscessen dieser Art hat W. 44 gesammelt, von denen nur in zwei Fällen je zwei Abscesse auf einmal gefunden wurden. Der Sitz des Eiterherdes war 24 Mal im Schläfelappen, 15 Mal im Kleinhirn, 2 Mal im Stirnlappen, 1 Mal im Occipitallappen, 1 Mal in der Brücke und 1 Mal im Vierhügel. Diese Statistik widerspricht der Behauptung Barker's, dass Abscesse im Grosshirn 3 Mal so häufig vorkommen, als im Kleinhirn. Von den 24 Fällen von Abscess des Schläfelappens waren 14 mit Caries der Vorderfläche des Felsenbeins, 6 mit Caries des Warzenfortsatzes und 1 mit Phlebitis anterior vergesellschaftet, während in den übrigen 3 Fällen nähere Angaben fehlten. In den 15 Fällen von Kleinhirnabscess gab es 6 Mal Caries der Hinterfläche des Felsenbeins, 3 Mal Caries des Labyrinths, 2 Mal Caries des Warzenfortsatzes, 1 Mal waren die Aquaeductvenen ergriffen, 2 Mal der Facialis und in einem Fall fehlen nähere Angaben.

Die weitaus grösste Anzahl von Gehirnabscessen nach Ohrerkrankungen kommt also im Schläfelappen und Kleinhirn vor. Diese Gehirntheile sind verhältnissmässig wenig lebenswichtig und sind deshalb chirurgische Eingriffe an ihnen eher zulässig als an anderen Theilen, freilich

Digitized by Google

erschwert ihre untergeordnete motorische Bedeutung auch die Localisation bedeutend. Bleibt die gemachte Eröffnung des Warzenfortsatzes ohne den gehofften Erfolg, so räth Weir, in jedem Fall nach einem Gehirnabscess zu suchen, um ihn zu entleeren, zunächst nach dem Verfahren, wie es Schede in seinem Fall beobachtete. Zu Probepunctionen in die Gehirnsubstanz schlägt W. lange hypodermatische Nadeln grösseren Calibers mit abgestumpfter Spitze vor. Kann ein Eiterherd im Cerebellum localisirt werden, so soll man nach W. mittelst Trepanation des Os occipitis zu ihm vordringen. A. Sch. (N.-Y.)

Ohrenleiden in Folge von Seebädern. (Sea-Bathing a Cause of Ear Disease.) Von Gorham Bacon in New-York. (Medical News, 29. Januar 1887.)

Enthält fünf Krankengeschichten und eine Recapitulation der bekannten Vorsichtsmaassregeln. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Rhinologische:

Ueber das Riechcentrum. Eine vergleichende anatomische Studie. Von E. Zuckerkandl. (Stuttgart 1887, Fr. Enke.)

Zuckerkandl hat, anknüpfend an seine frühere Entdeckung der sogenannten Balkenwindungen, deren Priorität er auch in der vorliegenden Schrift vertheidigt, die Theile der Grosshirnrinde zu ermitteln gesucht, welche mit dem Bulbus und Tractus olfactorius, also mit der Riechfunction in engerer Beziehung stehen. Er bediente sich dabei einer indirect anatomischen Methode, deren Bedeutung für die Auffindung anatomischen Zusammenhangs gewiss noch nicht voll ausgenutzt worden ist. Der Olfactorius, sowie die Sinnesfunction des Riechens, zeigt bei einer grossen Anzahl von Säugethiergruppen, bei den Wassersäugern, den Affen und beim Menschen eine unverkennbare Tendenz zur Rückbildung. Diejenigen Theile des Grosshirns, welche in allen Fällen an dieser Rückbildung Theil nehmen, verrathen sich dadurch als „Riechcentrum", als enge verknüpft mit den ersten Rindenstationen der Riechnerven. Man könnte diese Methode der Gehirnanatomie als „Methode der parallelen Massenentwicklung" bezeichnen und muss ihr einräumen, dass sie höchst werthvolle Fingerzeige für die Annahme anatomischer Verbindungen liefert, wenngleich sie eine directe Verfolgung des Faserverlaufes nicht ersetzen kann.

Referent kann an dieser Stelle nur einen kurzen Auszug der Darstellung bringen, welche die gewohnte Meisterschaft des Autors im Ueberblicken des anatomischen Details und dessen Klarheit der Description von Neuem bezeugt. Die Theile des Grosshirns, welche für den Riechnerven in Betracht kommen, sind jene Parthien der medialen Oberfläche, die den inneren Rand des primitiven Hemisphärenbläschens bilden, somit den später durchbrechenden Balken umziehen und sich durch den Anschluss an den Tractus olfactorius und dessen Wurzeln zum Ringe vervollständigen, also beim Menschen das Gebiet des Gyrus fornicatus und der unter ihm liegenden rudimentären Rindentheile. Bei den Thieren wird das Gebiet des Gyrus fornicatus als Lobus limbicus beschrieben,

Digitized by Google

es besteht aus dem Lobus corporis callosi und dem Lobus hippocampi. Bei den „anosmatischen" Thieren ist nun das Stirnende des Lobus corporis callosi und der Lobus hippocampi atrophirt; am stärksten ist die Atrophie des letzteren bei den Delphinen, denen jede Spur eines Olfactorius fehlt. Der Lobus limbicus ist aber noch nicht die directe Umrandung der Mantelspalte der Hemisphäre, nach innen von ihm findet sich noch ein schmaler Wandungszug, den Z. Gyrus marginalis benennt, und in die drei Abschnitte: Gyrus dentatus, supracallosus und Gyrus geniculi zerlegt. Das erstere Stück des Gyrus marginalis, als Fascia dentata Tacini bekannt, bleibt auch beim Menschen ziemlich gut entwickelt, das obere Stück, Gyrus supracallosus, verkümmert aber und führt als Rudiment den Namen Lancisi'scher Streifen. Auch der Randbogen des Gyrus marginalis wird durch den Anschluss an den Tractus olfactorius zum Ring geschlossen und ist bei osmatischen Thieren besser entwickelt, als bei anosmatischen. Vom Gyrus marginalis durch den Balken abgetrennt findet sich ferner eine dritte Rindenformation, der sogenannte innere Randbogen, bestehend aus der Fimbria, dem Körper und dem vorderen Schenkel des Gewölbes, mehr dem Septum pellucidum. Dieser Windungsbogen hat aber seine Rindenbeschaffenheit grösstentheils abgelegt. Er ist gleichfalls bei osmatischen Thieren stärker ausgebildet, als bei anosmatischen, insbesondere ist die Fimbria bei ersteren ungleich mässiger. Am stärksten erscheint die Atrophie der beiden Randwindungen und der genannten Theile des Lobus limbicus, sowie des Ammonshornes am Delphingehirn, dem der Olfactorius völlig fehlt. Die aufgezählten Rindenformationen gehören demnach wahrscheinlich dem „Riechcentrum", der Rinde, an. Auch die vordere Commissur scheint dem Riechgebiet des Grosshirns anzugehören; sie ist bei osmatischen Thieren stärker, als bei anosmatischen, beim Delphin auf einen zwirnsfadendünnen Strang reducirt. Meynert hat die vordere Commissur bekanntlich als eine Chiasma der Riechnerven beschrieben.

Referent muss nach seinen eigenen Untersuchungen eine Thatsache hervorheben, welche sich der Constatirung nach der Methode der parallelen Massenentwicklung naturgemäss entzieht und von Zuckerkandl nicht erwähnt worden ist: Bei menschlichen Embryonen sieht man den Tractus olfactorius unverkennbar aus dem vorderen Bezirke der Sylvischen Grube hervorkommen und kann nicht bezweifeln, dass dieser Theil der Rinde mit zum Riechcentrum gehört.

Sigm. Freud (Wien).

Ein neuer electrischer Motor mit Drillbohrern sammt Sprayapparat für intranasale Operationen. (A Novel System of Operating for the Correction of the Deflected Septum by Means of an Electric Motor, Nasal Drills, and an Original Spray-Producing Device, with Illustrative Cases.) Von U. C. Jarvis in New-York. (Medical Record, 9. April 1887.)

Der Spray ist am Drillbohrer angebracht. Eine Wiedergabe der Beschreibung ist im Auszuge und ohne Abbildungen nicht thunlich.

A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Thymol bei atrophischer Rhinitis. (Thymol in the Treatment of Atrophic Nasal-Catarrh.) Von Ralph W. Seiss in Philadelphia. (Medical News, 2. April 1887.)

S. empfiehlt den Spray von verschieden starken Lösungen von Thymol in Alcohol und Glycerin. A. Sch. (N.-Y.)

Zur Behandlung der Epistaxis. (A Simple Method of Treating Epistaxis.) Von Z. E. Patrick in Sheldon, Ill. (New-York Med. Journ., 19. März 1887.)

Circuläre Compression der unteren und wenn nöthig auch der oberen Extremitäten dicht am Stamm und gerade stark genug, um venöse Stauung hervorzurufen, soll Nasenbluten beinahe augenblicklich zu stillen im Stande sein. A. Sch. (N.-Y.)

Welche Erfolge hat die Behandlung des Asthma vermittelst Aetzung der Nase aufzuweisen. Von W. Lublinski. (Deutsche med. Wochenschrift No. 23 und 24, 1886.)

Nach einer historischen Einleitung über den Zusammenhang von Asthma und Nasenleiden erklärt Verf. denselben in der Art, dass beide Affectionen coordinirt mit einander vorkommen können. Andererseits aber könne es durch Unterbrechung des Anfalls vermittelst Cocain-Einpinselung der Nase direct bewiesen werden, dass das Asthma der Nasenerkrankung sein Dasein verdanke. Zur Erklärung dieses Umstandes wird an die Experimente Kratschmer's, an die den alten Aerzten schon bekannte Thatsache erinnert, dass von den peripheren Enden des Olfactorius in der Nasenschleimhaut Reflexe auf die Athmung ausgelöst werden können, Beobachtungen, die Gourewitsch und Luchsinger durch ihre Experimente bestätigt haben. Man hat es also mit einer Reizung der in der Nasenschleimhaut sich ausbreitenden Nerven und einer von dieser aus reflectorisch erfolgenden Auslösung der Anfälle zu thun, bei der die vermittelnde Rolle dem Vagus zufällt. Was die Hack'sche Theorie anbetrifft, so können wohl von allen Stellen der Nase aus, die Schwellkörper enthalten, Anfälle ausgelöst werden, aber auch Polypen, partielle und diffuse Hyperplasien der Schleimhaut etc. etc. können denselben Effect haben, ohne Vermittlung der Schwellkörper, die gar keine Nervi erigentes haben. Auch noch andere Gründe werden erwähnt, um die Hack'sche Hypothese zu widerlegen und der Grund der Reflexe in einer erhöhten Reizbarkeit der Nasennerven, vornehmlich des Trigeminus und seiner Zweige gesucht. Die erhöhte Reizbarkeit der Nerven wird durch mannigfache Krankheiten hervorgerufen, ohne dass die locale Besichtigung allein Aufschluss ergiebt, ob die vorhandene krankhafte Veränderung einen Reflex hervorrufen wird oder nicht. Dazu gehört noch eine genaue Berücksichtigung der Gesammtconstitution, die darüber Auskunft ertheilen soll, ob bei dem betreffenden Kranken nicht eine abnorme Beschaffenheit der nervösen Reflexbahnen anzunehmen ist. Mit Rossbach beobachtete Verf. bei diesen Kranken eine ähnliche Beschaffenheit des Nervensystems, wie bei hysterischen oder neurasthenischen Kranken. Das erklärt auch, warum Nasenpolypen so selten Reflexneurosen verursachen. Zur Erregung des Asthmaanfalles bedarf es immer eines speciellen Anlasses, der entweder in den oberen Wegen selbst oder in Schädlichkeiten

Digitized by Google

zu suchen sei, die auf dieselben wirken; zu den ersten gehören u. A. Polypen, Follikel der hinteren Rachenwand, varicöse Verdickungen der Muscheln, wobei man zu unterscheiden hat, ob es sich um wahres Asthma oder pseudoasthmatische Anfälle handele, die in der Rückenlage bei plötzlich eintretender Nasenstenose und nicht versuchter Mundathmung eintreten. Zu diesen mechanisch wirkenden Abnormitäten treten ausser psychischen Momenten und Menstruationsstörungen, abnorme Temperaturschwankungen, Aufenthalt in verunreinigter Luft etc., Gerüche gewisser Pflanzen und mancher Gräser u. A. mehr. Ob die entzündete Schleimhaut der Nase betheiligt sei, zeigt meist der seröse Nasenausfluss, welcher die anfallsweise auftretenden Störungen zu begleiten pflegt, sowie die wechselnde Verstopfung der Nase und auch der Niesreiz. In jedem Fall von Asthma ist die Nase zu untersuchen; es empfiehlt sich, mit der Sonde den Reizpunkt zu suchen, wobei man einen Theil nach dem andern durch Cocainisirung ausschliessen kann. Befestigt wird das Ergebniss der Sondenuntersuchung, wenn es gelingt, an der betreffenden Stelle den Anfall durch Cocainisirung zu coupiren. Die Behandlung darf keine schablonenhafte, sondern eine individuell gegen die gerade vorliegende Affection gerichtete sein; es ist aber mit der Behandlung der Nase nicht zu warten, bis Alles erprobt ist, sondern sofort local vorzugehen. Von 143 Fällen wurden 27 geheilt, 13 gebessert.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Die hysterischen Anästhesien der Schleimhäute und der Sinnesorgane und die hysterogenen Zonen der Schleimhäute. (Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses.) Von Dr. L. Lichtwitz. (Paris 1887 bei Baillière et fils.)

Die Arbeit umfasst zwei Theile: Im ersten Theil werden die Anästhesien einiger Schleimhäute (Schleimhaut der oberen Luftwege, Bindehaut, Trommelfell) und mehrerer Sinnesorgane (Geschmack, Geruch, Gehör) besprochen.

L. führt vorerst in dem Capitel, das die Geschichte der hysterischen Anästhesien behandelt, und in einem zweiten, welches ein kritisches Exposé der von den Autoren angewandten Untersuchungsmethoden enthält, den Nachweis, dass oben genannte Anästhesien bisher nur eine oberflächliche Berücksichtigung gefunden haben. Das gelte namentlich für jene Schleimhäute, deren Untersuchung die Handhabung eines Speculums oder Spiegels erfordere. — Wenn es hierfür noch eines anderen Beweises bedurft hätte, so wäre er, sagt der Autor (wenigstens was die Anästhesie der Schleimhäute betrifft), durch die Auffindung der hysterogenen Zonen auf den Schleimhäuten erbracht. In der That hätten dieselben bei ihrem häufigen Vorkommen und ihrer leichten Erregbarkeit den Beobachtern nicht entgehen können.

Von diesen hysterogenen Zonen der Schleimhäute handelt der zweite Theil der Arbeit.

In einem kurzen Appendix werden sodann einige interessante Erscheinungen, die Suggestionen betreffend (Aufhebung der Schleimhaut-

Digitized by Google

reflexe, Aufhebung eines Geschmacks in Lösungen verschieden schmeckender Substanzen, Aufhebung von Farbenwahrnehmungen, einseitige Taubheit) und der hysterogene Einfluss der Sinnesorgane besprochen.

Hierauf giebt L. die Beobachtungen der 11 Hysterischen wieder, die ihm als Basis seiner Untersuchungen gedient hatten und die auf der Klinik des Prof. Pitres (Bordeaux) beobachtet worden waren. — Die Krankengeschichten enthalten die detaillirte Beschreibung der Untersuchungen der Schleimhäute und der Sinnesorgane, die in den verschiedenen Stadien der Erkrankung vorgenommen worden waren. Von den 11 Kranken (von denen 3 Männer und 8 Frauen) zeigten 5: Hemianästhesie der Hautdecken, 1: totale Analgesie, 3: inselförmige Anästhesien und 2 boten keine Hautanästhesie dar. L. nimmt bei der Schilderung der Anästhesien der Schleimhäute und der Sinnesorgane stets auf diese Vertheilung der Hautanästhesie Rücksicht.

Zum Schlusse resumirt der Autor in einer Reihe von Sätzen die Ergebnisse seiner Untersuchungen.

Wir lassen die wichtigsten dieser Schlusssätze folgen:

Anästhesie der Schleimhäute: 1) Die Anästhesie der Schleimhäute findet sich sehr häufig bei der Hysterie. Sie wurde in allen Fällen (einen ausgenommen) constatirt, in denen Hautanästhesie bestand und sogar in zwei Fällen ohne Hautanästhesie.

2) Im Allgemeinen, folgt die Anästhesie der Schleimhäute, die Vertheilung, den Grad und die Natur der Hautanästhesie, doch erleidet diese Regel häufig und für manche Schleimhäute immer eine Ausnahme.

Die der Haut zunächst befindlichen Schleimhautparthien verhalten sich wie die Haut selbst, aber die tiefer gelegenen Theile der äusseren Oeffnungen verhalten sich gewöhnlich anders.

3) Es wurde niemals eine totale Hemianästhesie der Schleimhäute beobachtet. Die Nasenhöhle der hemianästhetischen Körperhälfte bewahrte stets an einem Theile (besonders ein Theil des Septums) eine mehr weniger normale Empfindlichkeit, und der Kehlkopf war auf beiden Seiten entweder hyperästhetisch, oder normal empfindlich, oder hypoästhetisch, oder anästhetisch.

Die Sätze 4, 5, 6, 7, 8 handeln von den Anästhesien der Mund-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhäute, sowie von denen des äusseren Gehörganges und des Trommelfelles.

Bei der Anästhesie der Mundschleimhaut werden auch die Untersuchungen mit dem galvanischen und dem faradischen Strome mitgetheilt. Die Empfindlichkeit für den galvanischen Strom war an den für die Berührung, den Stich und die Hitze unempfindlichen Stellen nie ganz aufgehoben, aber immer, wenigstens leicht, herabgesetzt. Die Verminderung der galvanischen Empfindlichkeit (in milliampères gemessen) stand in keinerlei Beziehung zu derjenigen für die anderen Empfindungsarten, weder bei den verschiedenen Kranken unter einander verglichen, noch bei einem und demselben Individuum.

Die faradische Empfindlichkeit war an den anästhetischen Parthien der Zungenschleimhaut bald erhalten, bald aufgehoben.

(Zu bemerken ist, dass der Autor den Untersuchungsmethoden mit dem electrischen Strome wegen der ästhesiogenen Wirkung desselben nur einen relativen Werth zuschreibt.)

Digitized by Google

Bei der Anästhesie des Kehlkopfs tritt L. der von Chairon aufgestellten Ansicht entgegen, dass die Anästhesie des Kehldeckels ein pathognostisches, constantes und frühzeitiges Symptom der Hysterie sei, eine Ansicht, gegen welche sich auch schon Ziemssen, Mackenzie, Jurasz, Thaon, Löri u. A. erklärt haben.

Bei der Anästhesie des Trommelfelles wird der jüngst von Gellé behauptete Satz bestritten, nach welchem die Empfindlichkeit des Trommelfelles eine grosse Rolle bei der Orientirung der Gehörswahrnehmungen spielen solle. L. hat einen Fall von gänzlicher Unempfindlichkeit der beiden Trommelfelle beobachtet, bei welchem das Orientirungsvermögen des Gehörs ganz erhalten war.

Anästhesien des Geschmacks, des Geruchs und des Gehörs:

9) Geschmack: Es wurde eine häufige und fast constante Einschränkung des Geschmacksfeldes constatirt. Diese Einschränkung war nicht immer eine gleiche für die vier fundamentalen Geschmacksempfindungen. Manchmal war die Wahrnehmung einer Geschmacksempfindung sogar ganz aufgehoben, während für die anderen nur eine Einschränkung des Geschmacksfeldes bestand.

Bisweilen fand man für einzelne Stoffe eine verkehrte Geschmacksempfindung (Parageustie).

Die specielle Anästhesie war manchmal an die allgemeine Anästhesie des Geschmacksorgans gebunden. Gewöhnlich war das aber nicht der Fall, indem Stellen der Zunge und des Gaumensegels sich gegen Geschmackseindrücke empfindlich zeigten, die gegen Druck und Stich unempfindlich waren und indem sie umgekehrt Anästhesie des Geschmacks aufwiesen, während ihre Druck- und Schmerzempfindlichkeit erhalten war.

Man fand bei bipolärer Untersuchung mittelst des galvanischen Stromes eine Einschränkung oder gänzliche Aufhebung des electrischen Geschmacksfeldes. Letzteres war entweder von derselben Ausdehnung oder kleiner als das Geschmacksfeld für schmeckende Substanzen.

10) Geruch: Es wurde in einem Falle totale Anosmie, in vier Fällen halbseitige Anosmie und einmal olfactive Hypoästhesie gefunden. Es bestand keine absolute Beziehung zwischen der Anästhesie des Geruchsorganes und der der Hautdecken.

Die Anästhesie des Geruchsorganes verband sich zwar häufig mit Unempfindlichkeit eines Theiles der entsprechenden Nasenschleimhaut, doch war Letztere niemals in ihrer ganzen Ausdehnung unempfindlich.

11) Gehör: Es wurde in drei Fällen eine vollständige oder fast vollständige Taubheit constatirt. In zwei anderen Fällen zeigte sich blos Verminderung der Hörschärfe für Flüstersprache, während die Hörschärfe für die Uhr und die cranio-tympanale Leistung normal waren; bei einem 6. Kranken bestand nur Verminderung der Hörschärfe für die Uhr und in zwei weiteren Fällen endlich fand man Taubheit für sehr hohe Töne.

Die cranio-tympanale Leitung zeigte sich vermindert oder aufgehoben, wenn es auch die Luftleitung war. Die verschiedenen Stimmgabeln wurden besser oder ausschliesslich auf dem guten Ohre gehört in den Fällen, wo einseitige Schwerhörigkeit oder einseitige Taubheit bestand.

Der Rinne'sche Versuch ergab stets ein positives Resultat. Es bestand keinerlei Beziehung zwischen der Anästhesie des Gehörs und der der Hautdecken. Es zeigte sich auch kein Verhältniss zwischen

Digitized by Google

specieller und allgemeiner Anästhesie des Gehörorgans, indem einmal in einem ganz tauben Ohre Gehörgangswand und Trommelfell normal empfindlich waren, während in einem anderen Falle Gehörgangswand und Trommelfell anästhetisch gefunden wurden bei intactem Gehör.

Hysterogene Zonen der Schleimhäute:

1) Es giebt hysterogene Zonen auf den Schleimhäuten.

2) Von den 11 beobachteten hysterischen Kranken boten 6 derartige Zonen dar, u. z. auf der Nasenschleimhaut 6 Mal; im Kehlkopf 4 Mal; im Nasenrachenraume 3 Mal; auf der Mund- und Rachenschleimhaut 2 Mal; im äusseren Gehörgange und auf dem Trommelfell 2 Mal; in der Tuba 1 Mal; auf der Bindehaut, der Cornea und in den unteren Thränengängen 1 Mal.

3) Die Kranken, die hysterogene Zonen der Schleimhäute besassen, hatten auch äussere Zonen und waren sämmtlich spontanen Krampfzuständen, manche sogar spontanen somnambulischen Attaquen, unterworfen.

4) Fünf dieser Kranken zeigten Hemianästhesie der Hautdecken, im 6. Falle bestand totale Analgesie.

5) Die Zonen waren in der Regel symmetrisch angeordnet, indessen waren die nasalen Zonen der hemianästhetischen Körperhälfte weniger ausgedehnt und etwas weniger reizbar als die der anderen Seite.

6) Die Schleimhäute (besonders die Nasenschleimhaut), die von Zonen eingenommen waren, boten oft mehr weniger ausgebildete anatomische Läsionen dar.

7) Die hysterogenen Zonen fanden sich in der Regel auf empfindlichen Schleimhäuten vor.

8) Ihre Reizbarkeit war bei den verschiedenen Kranken verschieden, und bei einem und demselben Individuum waren alle Zonen nicht in gleicher Weise empfindlich; doch im Allgemeinen waren sie leicht reizbar.

9) Der Druck mittelst einer Sonde war das gewöhnliche Mittel ihrer Excitation. Die nasalen Zonen wurden auch durch chemische Mittel (Essigsäure, Ammoniak) gereizt und die Zonen der Mundschleimhaut durch ziemlich starke galvanische oder faradische Ströme.

10) Cocainlösungen machten manchmal die hysterogenen Zonen unempfindlich.

Die statische Electricität hob die Reizbarkeit der spasmogenen Zonen auf.

11) Die hysterogenen Zonen der Schleimhäute können von heute auf morgen auftreten und verschwinden, oder ihre Natur ändern. Gewöhnlich sind sie aber constant.

12) Ihre Kenntniss erklärt gewisse Erscheinungen, die man bei neuropatischen Personen beobachtet hat und sie gestattet üble Zufälle zu vermeiden, die bei Operationen auf Schleimhäuten Hysterischer auftreten können.

13) Die Zonen der Schleimhäute haben einen diagnostischen Werth; sie werden überall da, wo man sie constatirt, eine sofortige Diagnose gestatten.

14) Die Schleimhäute, und namentlich die von hysterogenen Zonen eingenommenen, sind von grosser ätiologischer und therapeutischer Bedeutung mit Bezug auf den Ausbruch und die Schwere gewisser Symptome der Hysterie. Voltolini.

Digitized by Google

Angeborener Verschluss des Gaumens. (Congenital occlusion of fauces.) (Lancet, 9. April 1887.)

In einem spanischen Journal „El siglo medico" theilt Dr. Illera den Fall mit, referirt ist er in Lancet.

Bei einem Neugeborenen, welcher nicht schlucken konnte, fand sich das mittlere Drittel und die Ränder der Zunge mit dem Zahnfortsatz des Oberkiefers fest verwachsen, so dass die Zunge nicht heruntergedrückt werden konnte, dahinter am Gaumen, in der Nähe der Bogen, zwei kleinere rundliche Tumoren. Am fünften Tage exstirpirte der spanische College die Tumoren und trennte dann die Verwachsungen der Zunge. Das Kind genas. Dr. M. Schm.

Hemiatrophie der Zunge von bulbärem Ursprung. (Hemiatrophi af tungan af bulbärt Ursprung.) Von Henschen, Upsala. (Upsala Läkareförenings Förhandlingar, 1886, XXI, pag. 347.)

Halbseitige Atrophie der Zunge ist selten, nur wenige Fälle sind publicirt. Verf. kann nur 8 derartige Beobachtungen aus der Literatur sammeln, und theilt einen 9. seiner eigenen Praxis mit. Es drehte sich um einen 27jähr. Mann, der mit einer Hemiatrophie der rechten Hälfte der Zunge mit Parese des rechten Levator palati und Muscul. crico-arytaenoideus post. (laryngoscopisch nachgewiesen) behaftet war. Das causale Leiden dieser Symptome wurde als bulbär angesehen, weil nicht nur der Nerv. hypoglossus, sondern auch N. facialis und vagus partiell ergriffen waren. Die Krankheit hatte sich allmählig nach einer Scarlatina, die der Pat. vor 18 Jahren durchgemacht hatte, entwickelt.

Schmiegelow.

Lymphosarcom der Zunge. (Lancet, 2. April 1887.)

Mr. Lennox Browne stellte in der Medical Society of London einen damit behafteten Patienten vor, bei welchem die Geschwulst von der Mandel bis in den Kehlkopf sich erstreckte. Er meint, die Fälle seien nicht so selten, da er im letzten Jahre 5 gesehen. Dr. M. Schm.

Ein Fall von cavernösem Angiom der Uvula. (A Contribution to the Study of Diseases of the Uvula.) Von Wendell C. Phillips in New-York. (Med. Record, 12. März 1887.)

39jähr. Maun; Uvula in allen Dimensionen bedeutend vergrössert, an der Oberfläche erweiterte Gefässe zeigend. Patient in Folge der Dysphagie stark herabgekommen. Antisyphilitische Behandlung bleibt ohne Erfolg. Exstirpation auf galvanocaustischem Wege, nach welcher T. M. Prudden die anatomische Diagnose, wie im Titel angegeben, feststellte. A. Sch. (N.-Y.)

Behandlung der Mandelentzündungen. (Treatment of quincy.) Von Dr. Easby, Peterborough. (Lancet, 9. April 1887.)

Verf. verwirft das Gurgeln als nutzlos und lästig für den Patienten. Er giebt 1stündlich Aconit, Salicylsäure oder Salicylnatron und bläst eine Mischung von Tannin und Jodoform auf die Mandeln.

Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Un caso di sclerosi sifilitica primaria della tonsille. Von P. Masucci. (Archivio Internationale di Otojatria, Rinojatria ed Aeroterapia. Anno III, 1.)

Unter diesem Titel schildert Verf. einen merkwürdigen Fall von primärer syphilitischer Induration der Tonsillen. Die Pat., ein 23jähr. Mädchen, virgo, begann in den ersten Tagen des Januar d. J. einen leichten Schmerz im Rachen beim Schlucken der Speisen zu fühlen; zu gleicher Zeit machte sich auch eine Stimmveränderung, deren Timbre etwas dumpfer wurde, geltend. Einige zu Rathe gezogene Aerzte stellten die Diagnose auf Hypertrophie der Mandel und bepinselten viermal den Rachen mit Jodglycerin. Doch brachte diese Kur keine Besserung. Als Verf. die Patientin untersuchte (20. Januar), wurden folgende Veränderungen vorgefunden: Die rechte Mandeldrüse ist stark im Umfang vergrössert, ihre Oberfläche ist uneben, von blasser, rosiger Farbe und stellenweise mit flachen Spalten und Vertiefungen bedeckt. Auf dem oberen, äusseren Theile der rechten Mandel erblickt man nicht unbeträchtliche Substanzverluste. Auf der vorderen Aussenseite des Arcus palatoglossus und auf den nächstliegenden Theilen Schleimpapeln, die mit trübem Epithel bedeckt sind. Die linke Mandeldrüse nicht vergrössert, doch hier und da mit Schleimpapeln bedeckt. Die Consistenz der rechten Mandel ist eine knorpelige. Die Gruppe der rechten Hals- und Submaxillarlymphdrüsen ist im Umfange vergrössert; die in den äusseren Theilen der Inguinalfalten befindlichen Drüsen stark angegriffen. Recht dichter Ausschlag der syphilitischen Roseola an der allgemeinen Decke. Das Jungfernhäutchen ist unbeschädigt. Weder auf den Genitalien, noch auf anderen Stellen war eine syphilitische primäre Induration oder die Spur einer gewesenen Sclerose zu finden. Durch eine allgemeine und locale antisyphilitische Behandlung (Calomelpulver, Unctionen mit Mercurialsalbe u. s. w.) wurde binnen zwei Monaten eine vollständige Genesung erzielt. Auf welche Weise das syphilitische Contagium die Schleimhaut der Mandeln erreicht hatte, war nicht zu eruiren.

Schliesslich lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf diese seltene primäre Erscheinungsform der Syphilis innocentium und gedenkt dabei der drei gleichartigen von Tomaschewsky veröffentlichten Fälle, welchem das Verdienst gebührt, diese primäre luetische Mandelerkrankung eingehend erläutert zu haben. V. Meyer (Neapel).

Noch ein paar Fälle von Syphilis, durch Infection im Schlunde entstanden. (Endnu et Par Tilfälde af Syphilis, opstået ved Infektion gennem Svalget.) Von Haslund, Kopenhagen. (Hospitals-Tidende, 1887, pag. 217.)

I. 11jähriges Mädchen fing an, am Ende des Sommers 1886 über Schmerzen im Halse zu klagen. Wurde am 10. December 1886 im Spital aufgenommen, weil die Schmerzen im Halse zunahmen und die Patientin eine allgemeine Verschlechterung ihres Befindens verspürte; ungefähr gleichzeitig damit zeigte sich eine reichliche Efflorescenz von fleck- und papelförmigen Syphiliden. Genitalia gesund. In Fauces auf der linken Seite eine ungefähr 50pfennigstückgrosse Ulceration auf indurirtem Boden. Indolente grosse Mandelpackete in der linken Regio retromaxillaris. Alles verschwand durch mercurielle Behandlung.

II. 27jähriges Mädchen. Induration in Fauces. Adenitis retro-

Digitized by Google

maxillaris dextr. inguinales et cervicalis duplex. Maculo-papuloses Syphilid. Genitalia interna und externa sana. Die Induration im Halse war in diesem Falle beinahe knorpelhart. In beiden Fällen ist der primäre Sitz des Leidens im Schlunde ohne Zweifel. Fragt man über Modus infectionis dieser Fälle, kann jedenfalls der penobuccale Coitus mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Schmiegelow.

Diphtherie, gefolgt von sehr ausgedehnter Lähmung, Heilung. (Diphtherie followed by estensive Paralysis, recovery.) Von Mr. Edmund Owen. (Lancet, 2. April 1887.)

Sechsjähriger Junge, bei welchem am sechszehnten Tage Augenlähmung eintrat und sich dann vom dreissigsten bis vierundvierzigsten Tage eine Lähmung, welche sich bis auf's Zwerchfell erstreckte, entwickelte. Heilung trat nach dem Gebrauch von Liqu. Atropiae ein.
Dr. M. Schm.

Laryngitis sicca s. atrophica. Von W. Lublinski. (Deutsche med. Zeitung No. 99, 1886.)

Es existirt clinisch eine Form der chronischen Laryngitis, die ganz conform der Pharyngitis atrophica ist, von der sie übrigens auch die Folge ist, wenn sie auch nur sehr selten vorkommt. Verf. hat nur 17 Fälle gesehen. Ob dieselbe ohne trockene Pharyngitis überhaupt auftreten kann, ist dem Verf. sehr zweifelhaft. Die Krankheit beginnt ganz allmählig, nachdem schon längere Zeit geringfügige Störungen vorhergegangen sind, wie sie bei der granulösen Laryngitis vorzukommen pflegen, die Verf. für das erste Stadium der atrophischen Laryngitis hält. Trockenheit im Halse, Steifheit desselben und laryngealer Stridor fallen hauptsächlich des Morgens beim Erwachen auf. Allmählig steigern sich diese Symptome und es treten Aphonie und Athembeschwerden hinzu, hervorgerufen durch die zähen, im Kehlkopf festhaftenden Secretmassen. Laryngoscopisch fällt vor Allem die Atrophie der Schleimhaut und die Auflagerung von graugelben bis grünlichen, manchmal rostfarbigen, ziemlich trockenen Borken auf derselben auf. In die Trachea erstreckt sich dieser Process sehr selten, während er im Pharynx und Nasenrachenraum sehr häufig ist. Der Ausgang dieser Erkrankung, wenn sie sich selbst überlassen bleibt, ist vollständige Atrophie der Schleimhaut. Bessern lässt sich dieselbe durch Pinselungen mit 2 — 3procentiger Chlorzinklösung. Durchaus nothwendig ist aber, auch den Pharynx und eventuell auch den Nasenrachenraum und die Nase zu behandeln, da diese Parthien immer von Neuem, wenn sie nicht behandelt werden, auf den Larynx einen Reiz ausüben.

Sopra un caso di paralisi laringea per lesione corticale. Von Prof. F. Massei. (Archivii italiani di Laringologia. Anno VII, 2.)

Der 34jährige Kranke, Kutscher, syphilitisch, kam voriges Jahr am 5. März auf die Klinik und bot folgenden Status präsens dar: Dysphagie — rauhe und heisere Stimme —, Husten, welcher den ganzen Tag dauerte und sich in den Abendstunden steigerte, Kopfschmerzen, welche anfallsweise vorkamen, mit Schwindelgefühl einhergingen und sich hauptsächlich auf die Stirn- und Temporalgegend concentrirten; während der Nacht

Digitized by Google

steigerten sich dieselben auf's Schauderhafteste. Die Krankheit stellte sich vor 5 Jahren mit Kopfschmerzen und Schwindelgefühl ein. Voriges Jahr wurde Pat. von hochgradiger Athemnoth befallen, was ihn bewog, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Untersuchung des Herzens und des Athmungsapparates liess nichts Abweichendes wahrnehmen. — Die Augenuntersuchung ergab beiderseitige Choroiditis. — Die Lunge ganz normal, aber nach der linken Seite abgewichen. Musculatur der linken Gesichtshälfte schlaff und träge. Laryngoscopisch fällt eine fast vollständige Unthätigkeit des linken Stimmbandes bei der Inspiration auf; bei der Phonation hingegen nähert sich dasselbe der Medianlinie vollständig. Abductions- und Adductionsbewegungen des rechten Stimmbandes träge, unregelmässig und nicht gleichzeitig mit denen des linken Stimmbandes. Kehlkopfsensibilität ganz normal. Die mit der Schlundsonde vorgenommene Untersuchung des Oesophagus fällt negativ aus. Eine durch ein Jahr durchgeführte antisyphilitische Behandlung (Jodkali u. s. w.) gab ziemlich befriedigende Resultate.

Auf Grund dieser Untersuchung stellte Verf. die Diagnose auf eine durch Rindenläsion hervorgebrachte Lähmung des Musc. crico-arytaenoideus posticus sinister. Ihm zufolge liefern sowohl die Anfangssymptome als auch die Verlaufsweise der Krankheit den unwiderleglichen Beweis dafür, dass den Kehlkopf-Symptomen Rindenläsionen vorausgegangen waren. Aus den allerneuesten, von hervorragenden Forschern, insbesondere aber von Munk und Krause angestellten Versuchen erhellt, dass in der menschlichen Hirnrinde ein motorisches, für die Kehlkopfmuskeln bestimmtes Centrum vorhanden ist. Nur durch Inanspruchnahme dieses Centrums lässt sich, nach Verf., das erwähnte Symptomenbild auf's Vollständigste erklären. Angesichts der durch antisyphilitische Behandlung erreichten befriedigenden Resultate fasst er die fragliche Veränderung als eine luetische, scharfbegrenzte, nicht zu weit ausgebreitete Gefässerkrankung auf. V. Meyer (Neapel).

Ueber Intubation des Kehlkopfes. (Intubation of the Larynx.) Von George U. Mason in Bloomington, Illinois. (Med. News [Philad.], 26. März 1887.)

3 Fälle von diphtheritischem Croup mittelst Intubation behandelt, wovon einer genas. Verf. spricht sich warm für das O'Dwyer'sche Verfahren aus. A. Sch. (N.-Y.)

Mit der im September dieses Jahres in Wiesbaden tagenden

60. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte

soll eine **wissenschaftliche Ausstellung** verbunden werden. Dieselbe soll ebenso, wie ihre Vorgängerin in Berlin, ein Gesammtbild des Besten und Bedeutendsten geben, was die Technik in den letzten Jahren der naturwissenschaftlichen Forschung, dem naturwissenschaftlichen Unterricht, der Hygiene und Heilkunde zur Verfügung gestellt hat. Es sollen also neben Apparaten und Instrumenten, welche seit der letzten Ver-

Digitized by Google

sammlung erfunden oder verbessert wurden, womöglich auch noch die bedeutenderen der in Berlin ausgestellten oder zufällig da nicht vertretenen neueren Apparate, Instrumente und Präparate Platz darin finden. Dadurch soll auch denjenigen Aerzten und Naturforschern, welche in Berlin nicht zugegen waren, oder denen die übrigen Sehenswürdigkeiten und Zerstreuungen der Reichshauptstadt, verbunden mit den bedeutenden Entfernungen, nach der Arbeit in den Sectionen zu wenig Zeit zur eingehenden Besichtigung der Ausstellung liessen, Gelegenheit geboten werden, die neuesten Fortschritte der Technik auf ihren Gebieten überschauen und prüfen zu können.

Um den medicinischen Abtheilungen derselben ein reiches Material zuzuführen, ersuchen nun die nachstehenden Vorstände dieser Gruppen die Herren Collegen und Fabrikanten, Apparate, Instrumente und Präparate, welche in den oben bezeichneten Rahmen der Ausstellung passen, bei dem „Ausstellungs-Comité, Frankfurterstrasse 44, Wiesbaden" vor dem 30. Juni anmelden zu wollen.

Zu jeder weiteren Auskunft sind gern bereit: Für Militär-Sanitätswesen: Dr. v. Langenbeck, Wirklicher Geh.-Rath und Generalarzt à la suite, Kapellenstrasse 54, und Dr. Dieterich, Stabsarzt, Dotzheimerstrasse 24; für Chirurgie, physicalische Diagnostik und Therapie: Dr. med. Friedrich Cramer, Friedrichstrasse 21; für Ophthalmologie: Dr. med. Hermann Pagenstecher, Taunusstr. 59; für Gynäcologie: Dr. med. Julius Diesterweg, Sanitätsrath, Rosenstrasse 8, und Dr. med. Friedrich Cuntz, Kl. Burgstrasse 9; für Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie: Dr. med. A. Pröbsting, Adolphstrasse 7; für Orthopädie: Dr. med. Franz Staffel, Mainzerstrasse 9; für Zahnlehre u. Zahntechnik: Dr. Raimund Walther, Zahnarzt, Wilhelmstr. 18, und Anton Witzel, Zahnarzt, Rheinstr. 15; für Biologie u. Physiologie: Ludwig Dreyfus, Frankfurterstr. 44; für Hygiene: Dr. med. Ferd. Hueppe, Kapellenstrasse 11; für Electrotherapie und Neurologie: Dr. med. Carl Wilhelm Müller, Sanitätsrath, Bierstadterstrasse 6.

Am 31. März starb im Alter von 46 Jahren an einer Lungenentzündung

Dr. **Heinrich Andreas Böcker**

in Berlin, einer der ausgezeichnetsten Laryngologen und Mitarbeiter an unserer Monatsschrift.

Er war ein Schüler von v. Bruns in Tübingen und hatte einen weiten Ruf als geschickter und kühner Operateur in Hals- und Nasenkrankheiten. Er war geboren in Uhrsleben in der Provinz Sachsen und hatte seine Studien in Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien vollendet.

Ein ehrenvolles Andenken wird ihm in der von ihm vertretenen Specialität alle Zeit bewahrt bleiben.

Digitized by Google

Leider haben wir gleichzeitig noch einen anderen Verlust zu beklagen, den die Wissenschaft und unsere Monatsschrift erlitten hat:

Professor Dr. **Wilhelm Hack**

in Freiburg i. Br. starb am 23. April auf einer Velocipeden-Fahrt am Herzschlag im besten Mannesalter, da er erst 1874 seine Staatsprüfung vollendet hatte. Er habilitirte sich darauf in Freiburg und wurde 1884 Extraordinarius für Laryngologie und Rhinologie. Unter mehreren Schriften, die er über seine Specialität veröffentlichte, brachte ihn besonders zu einem weiteren Rufe seine Schrift über die Nasen-Reflexneurosen, eine weitere Ausführung der von Voltolini zuerst angegebenen Beziehung von Nasenleiden und Asthma bronchiale.

Als wir bei der letzten Naturforscher-Versammlung in Berlin beim officiellen Diner fröhlich besammen sassen, ahnten wir nicht, so bald den Tod eines so jungen und tüchtigen Collegen beklagen zu müssen.

Ehre seinem Andenken!

Inhalt.

I. Originalien: Ziem: Ein Bernsteinknopf im Ohre. — Michel: Ueber electrolytische Behandlung der fibrösen, gefässreichen Nasenrachenpolypen. — Beschorner: Doppelseitige Paralyse der Glottis-Erweiterer in Folge von Druck eines Aorten-Aneurysmas auf den N. recurrens sin. Ruptur jenes. Tod. — Hopmann: Entgegnung. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Boettcher: Rückblicke auf die neueren Untersuchungen über den Bau der Schnecke, im Anschluss an eigene Beobachtungen. — Fick: Betrachtungen über den Mechanismus des Paukenfells. — Jacobson: Ueber die Abhängigkeit der Hörschärfe von der Hörzeit. — Hartmann: Die graphische Darstellung der Resultate der Hörprüfung mit Stimmgabeln. — Barth: Zur Frage der Hörprüfung mit Stimmgabeln. — Moos: Untersuchungen über Pilzinvasion des Labyrinths und der Felsenbeinpyramide im Gefolge von einfacher Diphtherie. — Schubert: Ein Galvanocauter für das Trommelfell. — Weir: Ueber die chirurgische Behandlung von Gehirnabscessen in Folge von Ohrenleiden. — Bacon: Ohrenleiden in Folge von Seebädern. — b) Rhinologische: Zuckerkandl: Ueber das Riechcentrum. — Jarvis: Ein neuer electrischer Motor mit Drillbohrern sammt Sprayapparat für intranasale Operationen. — Seiss: Thymol bei atrophischer Rhinitis. — Patrick: Zur Behandlung der Epistaxis. — Lublinski: Welche Erfolge hat die Behandlung des Asthma mittelst Aetzung der Nase aufzuweisen. — c) Pharyngo-laryngologische: Lichtwitz: Die hysterischen Anästhesien der Schleimhäute und der Sinnesorgane und die hysterogenen Zonen der Schleimhäute. — Illera: Angeborener Verschluss des Gaumens. — Henschen: Hemiatrophie der Zunge von bulbärem Ursprung. — Browne: Lymphosarcom der Zunge. — Phillips: Ein Fall von cavernösem Angiom der Uvula. — Easby: Behandlung der Mandelentzündungen. — Masucci: Un caso di sclerosi sifilitica primaria della tonsille. — Haslund: Noch ein paar Fälle von Syphilis, durch Infection im Schlunde entstanden. — Owen: Diphtherie, gefolgt von sehr ausgedehnter Lähmung, Heilung. — Lublinski: Laryngitis sicca s. atrophica. — Massei: Sopra un caso di paralisi laringea per lesione corticale. — Mason: Ueber Intubation des Kehlkopfes. — Einladung zur Beschickung der Ausstellung auf der Naturforscher-Versammlung in Wiesbaden. — Nekrologe.

Die **otologischen** Beiträge und Referate beliebe man fortan an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, die **pharyngo-laryngologischen** dagegen an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, Juni 1887.** **No. 6.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ueber das Vorkommen grünen Eiters im Ohre.

Von

Prof. Dr. **Josef Gruber.**

Im VI. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde (S. 206 u. ff.) veröffentlichte Prof. Zaufal einen Aufsatz „Ueber das Vorkommen blauer Otorrhoen". Bei einem Kranken, dessen rechtsseitiges Ohrenleiden 13 Tage vor seiner Aufnahme in's Spital mit heftigen Schmerzen begann und nach fünftägiger Dauer Ohrenfluss und Schwerhörigkeit herbeiführte, zeigte sich einen Tag nach seiner Aufnahme der Charpiepfropf, womit das Ohr verschlossen war, exquisit blau gefärbt (bei reichlichem schleimig-eitrigen Secret in der Tiefe des Gehörganges). Das Trommelfell war am vorderen unteren Quadranten perforirt, am hinteren oberen Quadranten sammetartig aufgelockert und geröthet. Die nächstfolgenden 3 Tage war der Charpiepfropf weniger blau gefärbt, am 4. Tage jedoch viel intensiver und der Patient klagte jetzt über Schmerzen im Ohre. Es zeigten sich die Erscheinungen einer Otitis externa. Das Secret war mehr wässerig, spärlicher und hatte dort, wo es in dünnen Schichten an den Wänden des äusseren Gehörganges anlag, „eine deutliche stahlblaue Färbung, so dass es den Eindruck

Digitized by Google

machte, als ob das Secret selbst bläulich gefärbt wäre". Die Behandlung des Kranken bestand in täglich einmaligem Ausspritzen des Gehörganges, in der Anwendung der Luftdouche und in dem Einführen von Charpiewicken. Die Erscheinung der blauen Eiterung hielt 18 Tage an und schwand dann vollständig, ohne dass die Therapie geändert wurde.

Neben dem Bette dieses Kranken befand sich das Bett eines Pat., dessen Ohrleiden seit 20 Tagen datirte. Es begann mit heftigen Schmerzen in der Tiefe des rechten Ohres, die durch 3 Tage andauerten und dann mit dem Auftreten eines anfangs blutigen, später eitrigen Ausflusses sich bedeutend milderten. Befund am Trommelfelle, wie im vorigen Falle, ebenso die Therapie.

Während durch mehr als 6 Wochen die Otorrhoe nichts Bemerkenswerthes bot, wurde jetzt, nachdem der erstgenannte Patient einige Tage im Spitale war, auch bei diesem Kranken eine Abnahme der Secretmenge constatirt; der Ausfluss war dünner, mehr wässerig und der eingeführte Charpiepfropf schön blau gefärbt. Die Wände des äusseren Gehörganges zeigten sich geröthet, geschwollen; Schmerzen beim Einführen des Trichters und beim Ziehen an der Ohrmuschel. Die blaue Eiterung dauerte volle 6 Tage, dann nahm der Eiter wieder seine gelbe Farbe an.

Prof. Stein, welcher die microscopische Untersuchung des blauen Eiters vornahm, fand Bacterien darin, welche den Bacterien termo glichen, die, was Gestalt und Eigenbewegung betrifft, von den aus einer anderen fauligen Infection stammenden nicht zu unterscheiden waren.

Zaufal bestrebte sich, durch Versuche den Einfluss des blauen Eiters auf andere, mit Otorrhoe behaftete Individuen zu eruiren. Zu diesem Behufe wurden einem 22jähr. Manne, welcher seit seiner Kindheit an chronischer eitriger Mittelohrentzündung mit profuser Otorrhoe litt, nachdem auf die übliche Behandlung die Otorrhoe etwas nachgelassen hatte, aber noch immer eitrig war, einige wenige Charpiefäden von dem blaugefärbten Charpiepfropf jenes Kranken, welcher von dem zuerst aufgenommenen inficirt wurde, in den äusseren Gehörgang, bis nahe zum Trommelfell, eingelegt und der äussere Gehörgang mit einem reinen Charpiepfropfe verstopft. Nach 24 Stunden wurde der Charpiepfropf entfernt, er war intensiv blau gefärbt, das Secret spärlicher und mehr wässerig. Nachdem die blaue Färbung des Secretes durch 10 Tage angehalten und nichts weiter dagegen angewendet wurde, sogar die üblichen Ausspritzungen des Gehörganges während dieser Zeit unterblieben, schwand sie am 11. Tage vollkommen, so dass das Secret jetzt wieder ganz normal gefärbt war.

Einem zweiten Kranken, bei welchem sich im Verlaufe eines Gesichtserysipels Otorrhoe auf beiden Seiten einstellte (Otitis med. supp. c. perf. membranarum tymp.), wurde, nachdem sich auch bei diesem die Erscheinungen im Ohre schon gebessert hatten, in beide äussere Gehörgänge einige Fäden des blau tingirten Charpiepfropfes der ersten Versuchsperson eingelegt und die äussere Mündung des Gehörganges mit einem reinen Charpiepfropf fest verstopft. Nach 48 Stunden waren beide Pfröpfe intensiv blau gefärbt; Tags darauf war jedoch der blaue Eiter

Digitized by Google

nur mehr auf der einen Seite zu sehen und den darauf folgenden Tag auch auf dieser geschwunden.

Versuche, welche Zaufal mit tingirten, aber 8 Wochen alten Charpiepfröpfen bei 5 otorrhoischen Individuen vornahm, fielen alle negativ aus.

Aus den Schlüssen, welche Zaufal aus seinen Versuchsergebnissen zieht, sei besonders hervorgehoben:

1) Eine Uebertragung des blauen Farbstoffes und seine Weiterentwicklung konnte zweifellos constatirt werden.

2) Die Farbenentwicklung wurde bei einer Versuchsperson nach 24, bei den anderen sogar erst nach 48 Stunden bemerkbar und verschwand spontan.

3) Durch Ansteckung kann es zur Entwicklung von blauem Eiter kommen.

4) In 5 Fällen konnten drei Mal mit dem Beginne der blauen Eiterung die Symptome einer Otitis externa diffusa nachgewiesen werden; zwei Mal nicht. Einen weiteren Einfluss auf den Verlauf der Otitis media suppurativa hatte die blaue Eiterung nicht.

Mir ist nicht bekannt, dass seit jener Publication Zaufal's noch eine andere, dieses Thema betreffende, erschienen wäre. Bei der regen schriftstellerischen Thätigkeit, welche gerade auf otiatrischem Gebiete herrscht, dürfte sich dies daraus erklären, dass das Vorkommen des blauen Eiters im Ohre zu den seltensten Erscheinungen gehört, und wenn ich meine eigene Erfahrung zu Rathe ziehe, scheint mir diese Annahme vollkommen berechtigt. Einen eclatanten Fall von blauem Eiter im Ohre habe ich bis jetzt nicht beobachtet. Es kamen mir seit der früher besprochenen Publication Prof. Zaufal's öfter Fälle vor, wo die erste Untersuchung auf diese Erscheinung hindeutete; bei genauer Prüfung konnten wir ausnahmslos die zufällige Färbung der betreffenden Objecte durch von aussen eingebrachte Farbstoffe, zumeist auf die Anwendung von Sulf. cupri-Lösung, nachweisen.

Erst im letzten Semester kam an meiner Klinik ein Fall vor, wo mir bei der ersten Untersuchung wohl nicht eine blaue, aber eine exquisit smaragdgrüne Färbung der in der Tiefe des Gehörganges vorhandenen Entzündungsproducte auffiel. Diese Färbung bestand auch noch in den folgenden zwei Wochen, und die Geschichte dieses Falles soll hier zunächst mitgetheilt werden:

Weigelt Wilhelm, 37 Jahre alt, Diener aus Ottakring bei Wien, litt seit längerer Zeit an rechtsseitiger chronischer exsudativer Mittelohrentzündung mit Durchlöcherung des Trommelfells. Vor einem Jahre wurde er durch mehrere Tage von heftigen Schmerzen im selben Ohre gequält, welche auf ärztliche Behandlung wieder schwanden. Zwei Tage vor seinem jetzigen Erscheinen an der Klinik wurde er neuerdings von sehr starken Schmerzen in diesem Ohre befallen. Man rieth ihm, Petroleum in's Ohr zu giessen, was er auch ausführte. Angeblich wurde der Schmerz darauf etwas geringer (?), war aber doch noch so stark, dass der Kranke bei uns Hilfe suchte.

Ich fand die Erscheinungen einer Otitis externa diffusa acuta, welche sich zu der seit lange bestehenden chronischen Mittelohrentzündung gesellt hatte. Auf dem perforirten, entzündeten Trommelfelle und in der nächsten Umgebung, an den Wänden des Gehörganges, fand sich wenig

Digitized by Google

smaragdgrün gefärbtes, wässeriges Exsudat nebst zahlreichen ebenso gefärbten, theils gelockerten, theils fest anhaftenden Epidermisschollen. Um sie nicht weiter mit fremden Substanzen zu mengen, wurden einzelne Schollen mit einer reinen Pincette aus dem Gehörgange herausgeholt und genauer besichtigt. Sie zeigten sich in ihrer ganzen Dicke in gleicher smaragdgrünen Färbung. An den Stellen des Gehörganges und des Trommelfelles, von wo diese Epidermisplatten geholt wurden, konnte man auch jetzt noch die schöne grüne Färbung bemerken.

Um die Beobachtung fortsetzen zu können, wurde der Gehörgang selbst nicht weiter behandelt, sondern dem Kranken eine Morphinsalbe ordinirt, welche er in der Umgebung des kranken Ohres einrieb.

In den folgenden Tagen besserte sich das Leiden insofern, dass die Schmerzen immer geringer wurden, die grüne Färbung der in der Tiefe des Gehörganges vorfindlichen Substanzen hielt aber fort an. Die Ausspritzung des Gehörgangs mit Carbollösung schien auf die Färbung keinen besonderen Einfluss zu üben, aber die objectiven entzündlichen Erscheinungen liessen nach, und nach beiläufig 14 Tagen blieb der Kranke mit seinem Befinden, da die Schmerzen aufhörten, zufrieden, von der Klinik weg.

Die microscopische Untersuchung der aus der Tiefe herausbeförderten smaragdgrünen Massen ergab, dass dieselben aus Pflasterzellen untermengt mit Exsudatkörperchen und ausserordentlich zahlreichen Bacillen bestehen. Die letzteren erwiesen sich etwas schmächtiger, als die Tuberkelbacillen, und zeigten bei Zusatz von Wasser lebhafte Bewegung.

Auf mein Ersuchen stellte zuerst Herr Dr. Jahoda, damals Hospitant an meiner Klinik, Culturversuche an. Es ergab sich, dass die Bacterien in gewöhnlicher Fleischextractpepton-Gelatine durch 8 Tage als weisse, nagelförmige, die Gelatine nicht verflüssigende Cultur wachsen, dann die Gelatine grün färben und verflüssigen. Einzelne der angefertigten Präparate zeigten deutlich Fluorescenz.

Herr Prof. Weichselbaum, der gleichfalls die Güte hatte, die aus dem Gehörgange herausbeförderten gefärbten Substanzen zu untersuchen, schrieb mir darüber: „Die zur Untersuchung überbrachte Bacterienart (aus dem Ohre) besteht aus kleinen, schmalen und sehr beweglichen Bacillen, welche schon bei Zimmertemperatur auf Gelatine, Agar-Agar und Kartoffeln gut gedeihen.

„In Gelatin-Eprouvetten wachsen sie in den oberflächlichen Schichten besser, als in den tieferen und verursachen eine allmählig nach abwärts fortschreitende Verflüssigung mit deutlicher Grünfärbung der verflüssigten Gelatine. Schliesslich sinkt der grössere Theil der gewachsenen Bacterien zu Boden. Die darüberstehende verflüssigte Gelatine ist schön grün gefärbt und hat auf ihrer Oberfläche eine grünliche Haut.

„Auf Agar-Agar entsteht ein graugelblicher Ueberzug, in dessen Umgebung das Agar deutlich grün verfärbt ist. Das Gleiche geschieht auf Kartoffeln.

„Auf Gelatineplatten zeigen die in der Tiefe der Gelatine gewachsenen Colonien gezackte Conturen und eine grobe Granulirung, während die auf

Digitized by Google

der Oberfläche befindlichen Colonien feingranulirt und in der Mitte grünlich gefärbt sind.

„Da die angeführten Eigenschaften solche sind, wie sie dem Bacillus pyocyaneus zukommen, so ist die untersuchte Bacterienart als der Bacillus pyocyaneus zu bezeichnen."

(Schluss folgt.)

Untersuchungen über einen Micrococcus im Secret des Nasenrachenraumes.

Von

Dr. **Paul Strauch**, pract. Arzt in Herrnstadt in Schlesien
(ehemaliger Assistenzarzt an der laryngo-rhinologischen Klinik des Herrn Prof. Hack zu Freiburg i. B.).

Wiederholt ist das Secret der Nase und des Nasenrachenraumes schon Gegenstand bacteriologischer Untersuchung gewesen:

Dr. Thost machte die interessante Entdeckung, dass der bekannte Coccus der croupösen Pneumonie sich in der normalen Nase vorfindet. (Deutsche med. Wochenschr., Jahrg. 1886, No. 10.)

Dr. Loewenberg entdeckte, dass die Schleimfäden, welche so häufig in der Nase der an Ozaena Leidenden von einer Wand zur andern ziehen, in 15 von 16 untersuchten Fällen Reinculturen eines sehr grossen Diplococcus enthielten, den er für den Erreger der Krankheit ansieht. Dieser Coccus ist oft in Ketten, seltener in Haufen gruppirt und zeigte nur in einem einzigen Falle Bewegungserscheinungen. Dr. Loewenberg beschreibt ihn in P. Boerner's „Deutsche med. Wochenschrift No. 1 und 2, 1885", wie folgt:

„Was die Form der Coccen betrifft, so sind dieselben bald mehr kugelig, bald mehr ellipsoid, zuweilen sogar auf dem optischen Längsschnitt rectangulär, was also eine cylindrische Gestalt anzeigt. Bei Untersuchungen mit der Hartnack'schen homogenen Immersion $^1/_{18}$ habe ich, besonders an mit Methylblau oder Gentianaviolett gefärbten Coccen, zuweilen einen feinen hellweisslichen Querstreifen beobachtet, und zwar an Exemplaren, wo noch keine Einschnürung eine beginnende Theilung anzeigte. Ich kann nicht bestimmen, ob es sich hier dennoch um Spaltung oder etwa um Sporenbildung handelte.

„Morphologisch von anderen Coccen nicht verschieden, zeichnet sich dagegen der von mir gefundene durch seine bedeutende Grösse aus; sein Längsdurchmesser beträgt nach mehreren Messungen, die ich vorgenommen habe, 1,1 μ bis 1,65 μ; kleinere Exemplare, als 1,1 μ, sind mir selten zu Gesicht gekommen. Die gewöhnlich vorkommenden Formen sind so gross, dass man sie bei einer Vergrösserung von E O (Hartnack, Oc. 3, Obj. IV) als feine Punkte bemerken kann. Durch ihre vorwiegende Neigung zur Kettenbildung unterscheidet sich mein Ozaenacoccus vom Gonococcus, der nach Professor Neisser nie Ketten bilden soll.

„In einem einzigen Fall habe ich dies Microbion in Zooglöaform gefunden.

„Was die Untersuchungsmethode anbetrifft, so ist gar keine be-

Digitized by Google

sondere Präparation zum Auffinden des Coccus nöthig. Am besten ist es, dünne Lagen zu nehmen und mit Vorliebe die Schleimfäden zu wählen, die ich in dieser Krankheit stets zwischen Septum und Muscheln ausgespannt finde. Viele Präparate, wo solche Fädchen einfach durch Druck mit dem Deckgläschen abgeplattet und mit irgend einer Anilinfarbe tingirt wurden, zeigten unter dem Microscope nichts als eine Unmasse Diplococcen, absolut wie eine Reincultur.

„Alle Anilinfarben geben prächtige Bilder, besonders aber Fuchsin, sowie Gentianaviolett und andere Anilinviolette. Dadurch, dass dieser Coccus alle Anilinfarben annimmt, unterscheidet er sich des Weiteren vom Gonococcus, der sich mit Methylgrün nicht färben soll. Bei Anwendung der Gram'schen Methode entfärben sich die Coccen.

„Die Versuche, Reinculturen auf künstlichem Nährboden zu züchten, scheiterten leider in den meisten Fällen. Nur auf Agar-Agar gelang es, Reinculturen zu erhalten. In den künstlichen Reinculturen bilden die Coccen vielfach gewundene und gekrümmte Ketten. Färbt man dieselben, besonders mit Gentianaviolett, so lassen sich zwei Categorien von Ketten unterscheiden: Die einen bestehen aus stark tingirten, kugeligen Coccen, während die die anderen bildenden länglich und hellfarbig sind. Hier und da sieht man grössere Coccen, die offenbar mit der Sporenbildung zu thun haben. Versuche, die so erhaltenen Massen zur Inoculation in die Nasenhöhle an Thieren zu verwenden, um zu untersuchen, ob dadurch Ozaena bei ihnen erzeugt werden kann, haben bis jetzt noch zu keinem endgiltigen Resultate geführt, und ich muss mir daher den Bericht über diese Experimente vorbehalten."

Neben diesen grossen Löwenberg'schen Coccen fand Dr. A. Valentin (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1887, No. 5) bei Ozaena Bacterien von verschiedener Form und Grösse. So kommen besonders sarcineartige Formen vor, deren ziemlich grosszellige Quadrate in einen rundlichen, nicht so leicht färbbaren Hof eingebettet sind; sodann kleine dicke Stäbchen, die selbst Agar-Agar im Reagensglas in der Kälte rasch verflüssigen, in den Krusten des Ozaenasecretes aber diese Wirkung nicht zu haben scheinen. Es ist nicht sicher, dass irgend einer dieser Pilze pathogen ist.

Ferner ist das Secret bei Angina lacunaris auf Microorganismen untersucht worden und zwar von Prof. B. Fränkel, der hauptsächlich, wie er in der „Berliner klinischen Wochenschrift vom 26. April 1886, No. 17, veröffentlicht, drei Arten von Micrococcen fand. Als er nämlich mit dem betreffenden Secret Gelatine-Platten-Culturen herstellte, so sah man, wie er schreibt, unzählige Keime aufgehen. Es gelingt leicht, daraus drei Species zu isoliren, die zweifellos die Hauptmasse der in Gelatine wachsenden Organismen darstellen. Eine derselben verflüssigt die Gelatine nicht. Ihre Strichcultur im Reagensglas bietet ein sehr zierliches Bild. In der Mitte erscheint die einige Tage alt gewordene Cultur weiss und undurchsichtig, während die dünnen, fein gefranzten Ränder, namentlich im durchfallenden künstlichen Licht, schön opalesciren. Die Reincultur ergiebt einen Micrococcus, der häufig als Diplococcus erscheint.

Die zwei anderen Arten verflüssigen die Gelatine. Sie gleichen auch im Uebrigen dem Staphylococcus albus und aureus, wie sie Rosenberg beschreibt.

Digitized by Google

Entsprechende Untersuchungen, berichtet er weiter, der Microorganismen des gesunden Pharynx haben immer gezeigt, dass die erste Art, welche die Gelatine nicht verflüssigt, sowohl wie beide Arten der die Gelatine verflüssigenden Micrococcen den gesunden Pharynx bewohnen. Eine Thatsache, die für die Frage der Herkunft der Staphylococcen des Eiters von grosser Bedeutung ist.

Das Secret des Nasenrachenraumes machte Prof. Dr. Hack zum Gegenstande seiner Untersuchungen und fand, dass dasselbe immer einen characteristischen Diplococcus enthielt, manchmal sogar in so grosser Menge und alle anderen Microorganismen so sehr an Zahl übertreffend, dass man glauben konnte, eine Reincultur dieses Diplococcus zu untersuchen.

Von Herrn Prof. Hack angeregt, habe ich genauere Studien hierüber gemacht und konnte durch eine grössere Anzahl von Fällen die gemachte Beobachtung stützen.

Es stellte sich heraus, dass der Diplococcus hauptsächlich in solchen Fällen, wo das Secret ein zähes, glasiges war und nicht allzu reichlich abgesondert wurde, am zahlreichsten vorhanden war. Er fand sich deshalb bei vollständig gesundem Nasenrachenraum immer in sehr beträchtlicher Menge vor. Ebenso liess er sich in einigen Fällen von Pharyngitis sicca in grossen Massen nachweisen. Wenn aber die Secretion sehr stark, besonders eitrig war, oder wenn viel eitriger Schleim aus der Nase im Nasenrachenraum abgelagert wurde, so liess sich der Coccus nur vereinzelt auffinden. So in Fällen von adenoiden Granulationen, die mit reichlicherer Schleimabsonderung einhergingen, und von Pharyngitis lateralis und granulosa, obwohl bei letzteren Erkrankungen manchmal auch grössere Häufchen von Coccen vorkamen. Am seltensten, in manchen Präparaten überhaupt nicht, fand er sich in reichlichem, eitrigschleimigem Secret, wie es bei Ozaena im Nasenrachenraum häufig angesammelt wird, oder wie es sich bei Erkrankungen der „Bursa pharyngea“ dort bildet. In der Nase kamen solch' beträchtliche Mengen des Diplococcus niemals vor, einzelne Individuen waren dagegen ebenfalls fast in allen Präparaten vorhanden.

Dieser Befund lässt wohl schon ausschliessen, dass dieser Micrococcus der Erreger irgend einer specifischen Erkrankung des Nasenrachenraumes ist und an Ort und Stelle sich entwickelt, sondern man muss weit eher daran denken, dass die Coccenmassen aus der durchstreifenden Luft hier abgelagert werden und sich in dem mehr oder weniger reichlichen Secret vertheilen.

Die Coccen sind nahezu kugelig und schwanken in ihrer Grösse zwischen der der Gonococcen und Luftcoccen. Sie sind meist zu je zwei aneinander gelagert, bilden also Diplococcen.

Die Diplococcen zeigen keine Neigung, sich mit ihren längeren Seiten aneinander zu legen, so dass die bei Sarcine vorkommende Waarenballenform zu Stande käme. Aber mit Vorliebe haften sie mit ihren schmalen Enden zusammen und bilden so eine Kette, wie die Streptococcen. Häufig reihen sie sich so gradlinig aneinander, dass ein Bacillus vorgetäuscht wird, doch kann man bei schwacher Färbung mit Anilinfarben die einzelnen Coccen leicht erkennen. Mit Vorliebe liegen die Diplococcen in grösseren Haufen zusammen, doch ohne dass die einzelnen Haufen eine

Digitized by Google

Schleimhülle hätten, wie sie die Zoogloeaform characterisirt. An Zellen oder Eiterkörperchen sind die Coccen nicht gebunden, was bekanntlich bei den Gonococcen der Fall ist.

In Betreff der Färbung ist nur zu bemerken, dass sie sich den verschiedenen Anilinfarben gegenüber ziemlich gleich verhalten. Auch die Gram'sche Färbungsmethode gelingt.

Um die Biologie dieses Diplococcus festzustellen, machte ich in dem hiesigen pathologischen Institut, unter gütiger Leitung des Herrn Prof. Schottelius, folgende Untersuchungen:

Da die Vermuthung, dass dieser Diplococcus aus der Luft stamme, am nächsten lag, so wurde zunächst Secret, welches die Coccen zahlreich enthielt, auf sterilisirte Kartoffeln geimpft, weil auf diesen die Luftcoccen mit characteristischer Farbe zu wachsen pflegen.

Wurde solches Secret geimpft, so bildete sich in einer Anzahl von Fällen ein tief dunkelbrauner, in's Bläuliche schimmernder, schmieriger Belag, der sich schnell über die ganze Kartoffel verbreitete. Untersuchte man microscopisch, so zeigten sich ziemlich grosse Stäbchen, darunter auch einige characteristische Coccen. Wurden von diesem Belag Stichculturen angelegt, so wuchs zuerst eine weissliche Colonie, später verflüssigte sich die Gelatine ziemlich rasch und nahm eine grünliche Färbung an. An der Grenze der Verflüssigung zeigte sich ein wolkiger, weisser Niederschlag, der aus Bacillen bestand. Impfte man in der gewöhnlichen Weise Gelatine und goss sie in Platten aus, so verflüssigten die Culturen dieses Bacillus innerhalb der ersten Tage die Gelatine in ihrer nächsten Umgebung, so dass seichte Grübchen entstanden, auf deren Grund eine weissliche Masse lagerte. Die Gelatine wurde binnen 8 Tagen vollständig verflüssigt und hatte sich grünlich verfärbt.

Dieses Verhalten stimmt mit dem überein, wie es vom gelb-grünen, im Wasser vorkommenden Bacillus geschildert wird, und ist wohl anzunehmen, dass es sich um diesen handelte.

In den meisten Fällen wuchs jedoch auf den Kartoffeln ein gelbgrauer, schmieriger Belag, in dem der zu untersuchende Coccus bei Weitem prävalirte.

Wurde in verflüssigte Gelatine reichlich coccenhaltiges Secret geimpft, und diese in Platten ausgegossen, so wuchsen oberflächliche graue und tiefliegende gelbliche Colonien, welche die Gelatine nicht verflüssigten und ein so gleichmässiges Aussehen hatten, dass sie von vornherein als Reinculturen imponirten.

(Fortsetzung folgt.)

Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen?

Zugleich eine Antwort auf verschiedene Bemängelungen meiner Classification der gutartigen Nasenpolypen.

Von

Dr. **C. M. Hopmann.**

Die Unterscheidung der gutartigen Nasenpolypen in oedematöse Fibrome = Schleimpolypen, polypoide Hyperplasien = Drüsenpolypen und Papillome = Himbeerpolypen, welche ich vor einigen Jahren zuerst empfohlen habe, hat neben vielen privaten und öffent-

Digitized by Google

lichen*) Zustimmungen auch Einwendungen hervorgerufen, welche entweder die genaue Kenntnissnahme meiner Ausführungen vermissen lassen oder an und für sich bei genauer Prüfung nicht haltbar erscheinen. Um mit einer der letzten Einwendungen zu beginnen, so hebt Kiesselbach**) hervor, dass ich den Beweis des Mucinmangels in den Schleimpolypen durch den Eiweissnachweis nicht erbracht habe; die Anwesenheit des Eiweisses sei aber selbstverständlich, da dem ausfliessenden Safte immer Blut beigemischt sei. Nun ist es allerdings selbstverständlich, dass man Verunreinigungen des Serums mit Blut ausschliessen muss, wenn der Nachweis des Albumingehaltes im Serum Beweiskraft haben soll. Wie dieses meinerseits geschehen ist, möge man aus Folgendem ersehen. Zugleich wird dadurch die Lücke ausgefüllt werden, welche Kiesselbach mit Recht tadelt und welche nur dadurch entstanden ist, dass ich die von mir festgestellte Thatsache nur kurz und nebenbei an der citirten Stelle berührte.

Wenn man einen grösseren, schmalgestielten, gallertigen Schleimpolypen mit der Schlinge herausbefördert hat, derart, dass die Schlinge den Stiel noch umfasst und das Aussickern von Serum und Blut aus demselben verhindert, so spüle man mit der Spritzflasche den Polypen sorgfältig rein, damit oberflächlich etwa aufsitzender Nasenschleim vollständig entfernt werde. Blut sitzt fast niemals auf solchergestalt entfernten Polypen auf; sollte das doch der Fall sein, so wird es mit dem Schleim abgespritzt. Alsdann punktire man die Oberfläche des Polypen an zahlreichen Stellen mit einer Nadel und sammle die hervorquellenden und ablaufenden Tropfen des hellen Serums in einem Uhrglase. Blut kommt dabei nicht zum Vorschein, weil diese Art von Polypen verhältnissmässig arm an Blutgefässen ist und oberflächlich nur schwache Capillaren verlaufen. Will man ganz sicher die Anwesenheit von Blut im Serum ausschliessen, so prüfe man den Filterrückstand des mit der dreifachen Menge Wasser verdünnten und in ein Reagenzröhrchen abfiltrirten Serums microscopisch; man wird keine Blutscheibchen antreffen. Nun setze man Essigsäure tropfenweise hinzu; fast immer entsteht bei den ersten Tropfen eine ganz schwache, wolkige Trübung, die aber bei dem Weiterzusatz der Essigsäure wieder vollständig verschwindet. Würde diese Trübung auf Mucin zurückzuführen sein, so dürfte sie in der kalten Lösung bei Essigsäure im Ueberschuss nicht wieder verschwinden (cf. v. Noorden: „Ueber Albuminurie bei gesunden Menschen". D. Arch. f. klin. Med., 38. Bd., 3. H.). Jetzt tröpfle man Ferrocyankalilösung hinzu. Sofort fällt eine dichte Wolke von Eiweiss aus. Fällt man so mit Blutlaugensalz oder auch durch Kochen alles Albumen aus, so ergiebt sich klar, dass der Niederschlag an Volumen der ursprünglichen Serummenge mindestens gleich ist; das unverdünnte Serum erstarrt denn auch, im Reagenzglase gekocht, wie reines Hühnereiweiss, was jedenfalls ein Beweis für die Reichhaltigkeit des Albumengehaltes ist, dem gegenüber selbst geringfügige Blutbeimengungen (die man jedoch,

*) Von diesen erwähne ich die Urtheile von Schech, Schäffer, Krause, Moldenhauer, Bayer.

**) Beitrag zur Histologie der Ohrpolypen; Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1887, No. 4.

Digitized by Google

wie oben gezeigt wurde, ausschliessen kann) gar nicht in Betracht kommen könnten. Die Spitze meiner Ausführungen an der von Kiesselbach angezogenen Stelle richtete sich übrigens gegen die vielfach übliche Bezeichnung der nasalen Schleimpolypen als „Myxome" und hatte ich den Hauptnachdruck auf den absoluten Mangel von Stern- und Schwanzzellen in den Schleimpolypen gelegt (Formbestandtheile, welche ein Myxom nothwendig haben müsste) und hatte wiederholt, dass die Stützsubstanz der Schleimpolypen ein in seinen feineren Ausläufern höchst zartes Netzwerk von areolärem Bindegewebe sei, eine Angabe, welche ich bis dahin nirgends in der Literatur verzeichnet fand, auch nicht in pathologisch-anatomischen Werken. Demnach seien die Schleimpolypen (im Gegensatze zu den später beschriebenen Polypen) pathologisch-anatomisch characterisirt als Bindegewebsgeschwülste, welche aus einem feinen Gerüste von areolärem Gewebe, durchsetzt mit Rundzellen und durchtränkt von Albuminserum beständen. Man müsse deshalb diese Geschwülste als weiche, oedematöse Fibrome auffassen und könne für sie, ihrer äusseren Aehnlichkeit wegen mit glasigem Schleim, den Namen „Schleimpolypen" festhalten. Man characterisirte diese Geschwülste bis dahin entweder als Myxome oder, ebenso unrichtig, als Adenome. Leider waren mir damals einige kleinere Veröffentlichungen aus dem Bonner pathologischen Institute unbekannt, welche geeignet gewesen wären, meine Ausführungen in der nachdrücklichsten Weise zu unterstützen. Erst Ende des vergangenen Jahres wurde ich zufällig auf diese Arbeiten aufmerksam und verfehle nicht, sie an dieser Stelle besonders hervorzuheben. Es sind:

1) Sitzungsbericht der niederrhein. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde über die Sitzung vom 17. Januar 1881: Prof. Dr. Köster über Myxome.
2) „Ueber Myxom- und Schleimgewebe". Inaug.-Dissertation von A. Rumler, Bonn 1881.
3) „Ueber das Schleimgewebe in Parotisgeschwülsten". Inaug.-Diss. von H. Clementz, Bonn 1882.

Diese Publicationen beschäftigen sich mit dem Nachweis, dass das sogen. Schleimgewebe mit lockerem oder aufgequollenem Bindegewebe völlig identisch sei und dass die sogen. schleimige Erweichung in manchen Geschwülsten nur in einer oedematösen Durchtränkung der Grundsubstanz und Auseinandertreiben der Zellen bestehe. Myxome kommen demnach ebensowenig vor, wie Schleimgewebe überhaupt und bestreitet Köster entschieden die Berechtigung zur Aufstellung eines besonderen Schleimgewebes Virchow gegenüber. Köster sieht als Ursache der oedematösen Umwandlung von Geschwülsten Circulationsstörungen an und meint, dass allein schon die Polypenform einer Geschwulst genügen könne, um Stauungsoedeme in ihr zu erzeugen, weil bei dem Zuge der Geschwulst ihr Stiel verengt und dadurch ein Druck auf die Gefässe ausgeübt werde. Das darauf folgende Stauungsoedem vergrössere die Geschwulst und vermehre wieder den Druck im Stiele durch stärkeren Zug. In solchen Tumoren seien fast immer die Capillaren und kleineren Venen erweitert. Aber auch in nicht gestielten Geschwülsten könne durch die Lage und Spannung der umgebenden Gewebe Stauungsoedem entstehen. Bei allen solchen Geschwülsten sei in der Regel der Mucingehalt nicht grösser, als ihnen auch ohne Oedem zukommen würde.

Digitized by Google

Es darf gegenwärtig als feststehende Thatsache gelten, dass die gelatinösen Schleimpolypen fast ausschliesslich in der oberen Hälfte der Nasenhöhle und zwar entweder zwischen Septum und den beiden oberen Muscheln oder zwischen den letzteren und der lateralen Nasenwand entstehen. Die dadurch gegebene freie Wachsthumsmöglichkeit nach unten hatte mich z. Z. veranlasst, das Zustandekommen der den Schleimpolypen characterisirenden Eigenthümlichkeit in ähnlicher Weise mechanisch zu erklären, wie dieses Köster versucht hat, indem ich einen Prolaps der Schleimhaut als Ausgangspunkt annahm, der durch den Zug nach unten verlängert, wohl auch durch den Athmungsluftstrom hin- und herbewegt, allmählich Polypenform annähme. Zum Unterschiede hiervon machte ich auf die ganz anderen mechanischen Wachsthumsbedingungen aufmerksam, welche die Papillome der Nase fänden, Geschwülste, von denen ich nachwies, dass sie nur an den unteren Muscheln, und hier ziemlich häufig, vorkämen. Die Aufstellung*) einer besonderen Nasenpolypenform papillärer Art und mehr noch die der polypoiden Hyperplasien trug mir einzelne Zweifelsäusserungen und Bemängelungen ein, auf welche ich hier eingehen werde, da ihre Zurückweisung mit dazu beitragen wird, die Frage zu klären: „Was dürfen und sollen wir Nasenpolyp nennen?“ Diese Frage sollte zwar wissenschaftlich gar nicht aufgeworfen werden dürfen, da der Name Polyp ein rein formeller ist und nicht das Mindeste über den Charakter der Geschwulst aussagt. Indessen spielt der Ausdruck „Nasenpolyp“ practisch eine so grosse Rolle, dass mit ihm gerechnet werden muss. Es ist einem Patienten durchaus nicht einerlei, ob er Nasenpolypen hat oder nur verdickte Muschel- etc. Schleimhäute, und für den Arzt ist es practisch sehr wichtig, zu wissen, welche Geschwulst der Nase er „Polyp“ nennen kann und welche Art der letztern er vor sich hat. Dieses ist namentlich prognostisch von hervorragender Bedeutung. Demgegenüber will die Behauptung Heymann's**), meine Versuche, die Polypen in Gruppen einzutheilen, schienen ihm wenig Zweck zu haben, „da alle Polypen einer und derselben Geschwulstgattung angehörten“, nicht viel besagen. Alle Polypen sollen nach Heymann aus bindegewebigen Elementen bestehen, in denen die Bestandtheile der Schleimhaut, Drüsen, Blutgefässe etc. in mehr oder minder grosser Menge eingelagert seien, während das bindegewebige Stroma alle Modificationen vom weichen Embryonalgewebe bis zu festem fibrillären Bindegewebe zeige. Wenn dieses für alle Polypen gelten würde, so hätte ich mir allerdings meinen Nachweis, dass bei den verschiedenen Polypen sehr erhebliche äussere und innere Unterschiede obwalten, welche es ermöglichen, 3 Arten vor allem zu unterscheiden, ersparen können. Nach dem von Heymann aufgestellten Grundsatze würde es auch keinen Zweck haben, die harten, derben Fibrome, welche meist als Nasenrachenfibrome, zuweilen aber auch ausschliesslich als Nasenpolypen vorkommen, von den übrigen Nasenpolypen zu unterscheiden, und doch liegt nicht nur die klinische, sondern auch die pathologisch-anatomische Verschiedenheit

*) „Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut“. Virch.'s Archiv Bd. 93, S. 242f.

**) „Ueber Nasenpolypen“. Berl. klin. Wochenschr. 1886, No. 32 u. 33.

Digitized by Google

der harten Fibrome von den „Schleimpolypen“ auf der Hand, obgleich es sich bei allen um Bindegewebsgeschwülste handelt und obgleich, wie ein Exemplar meiner Sammlung ausweist, beide Modificationen, das harte, aus elastischen Fasern bestehende Fibrom und das oedematöse, aus areolärem Bindegewebe bestehende weiche Fibrom, selten einmal an einem und demselben breiten Stiele vereinigt entspringen und entfernt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Ein Fall von Fremdkörper im Kehlkopf.

Von

Dr. **Richard Kayser** in Breslau.

Assistenzarzt der Privat-Poliklinik für Hals- und Ohrenkranke von Dr. J. Gottstein.

Die 10jährige Werkmeistertochter Clara Maynusch erkrankte am 9. April v. J. in eigenthümlicher Weise. Beim Mittagbrod, als sie mit der ganzen Familie das bei uns so beliebte Gericht, Klösse mit Pflaumenmuss, verzehrte, spürte sie plötzlich einen Schmerz im Halse, bekam heftige Athemnoth, so dass sie nach Angabe der Mutter ganz blau wurde, rief voller Angst: „ich muss sterben“; zugleich musste sie fortwährend husten und war vollkommen heiser. Der Vater des Mädchens trug dasselbe sofort zum nächsten Arzt. Dieser fand angeblich nur geschwollene und geröthete Mandeln und traf entsprechende Verordnungen. Die Athemnoth liess auch nach, doch musste das Mädchen die ersten 5—6 Tage, Tag und Nacht, im Bett sitzend zubringen. Der Hausarzt der Familie resp. dessen Stellvertreter übernahm am nächsten Tage die Behandlung der Kranken, die ausser den erwähnten Symptomen noch leichtes Fieber zeigte. Die Untersuchung des Kehlkopfes war durch die Mandelschwellung und grosse Empfindlichkeit des Rachens sehr erschwert, doch soll der Kehlkopfeingang geröthet und geschwellt gewesen sein. Der Zustand des Mädchens besserte sich insbesondere nach einem am 10. Tage gebrauchten Brechmittel immer mehr, so dass es am 13. Tage, als ich es zum ersten Mal in Folge freundlicher Aufforderung des behandelnden Arztes sah, nur noch an bellendem Husten, grosser Heiserkeit und geringem Speichelfluss litt. Es bestand weder beim Schlingen, noch auf Druck am Halse irgend welcher Schmerz, und das Allgemeinbefinden des Mädchens war ein ganz gutes. Die von mir vorgenommene laryngoscopische Untersuchung ergab nun, dass im Kehlkopf, in der Mitte der Rima glottidis, sich ein schwarzer, anscheinend stäbchenartiger Körper befand, der in der vorderen und hinteren Kehlkopfwand tief eindringend festgekeilt war, rauh und theilweise mit Schleim bedeckt; am hinteren Ende jenes lagen zu beiden Seiten von der Larynxwand ausgehende, ca. 3—4 Mm. lange, gelbliche, schlauchartige Anhänge dem Fremdkörper an, der eine Dicke von ca. 1 Mm. hatte, so dass zwischen ihm und den mässig gerötheten Stimmbändern genügend freier Raum für die Luftpassage übrig blieb.

Schematisch dargestellt zeigte sich das laryngoscopische Bild in der in Fig. 1 dargestellten Weise.

Digitized by Google

Ich unternahm es nun am 23. und 24. April, den Fremdkörper per vias naturales zu entfernen. Es konnte sich diesem Verfahren gegenüber nur das eine Bedenken erheben, dass beim Fassen des Fremdkörpers derselbe zerbrechen, ein grösseres Bruchstück in die tieferen Luftwege fallen und sich dort gleichfalls festkeilen könnte.

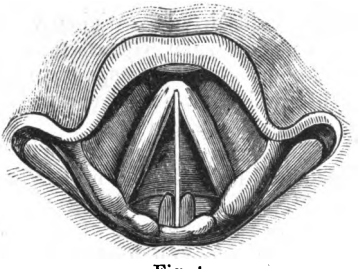


Fig. 1.

Diese, einen besonderen Unglücksfall darstellende Eventualität konnte aber um so weniger von der endolaryngealen Extraction abhalten, als dieselbe heutzutage durch die anaesthesirende Wirkung des Cocains bedeutend erleichtert wird. Das Cocain hatte schon bei der ersten laryngoscopischen Untersuchung wesentliche Dienste geleistet.

Erst pinselte ich Rachen und Kehlkopf mit einer 10procentigen, später letzteren mit einer 20procentigen Lösung. Gleich anderen Beobachtern gelang es auch mir mit letzterer nicht, eine vollkommene Unempfindlichkeit des Kehlkopfes zu erzielen, gewisse Reflexcontractionen treten bei Berührung immer noch ein, aber schon die erhebliche Abstumpfung ist von grossem Werthe.

Der Fremdkörper sass ausserordentlich fest, so dass ich erst ein kleines Stückchen abbrach, ein anderes Mal wieder losliess, weil er einem mässig kräftigen Zuge nicht folgte; schliesslich gelang es mir doch, ihn in toto unversehrt herauszuziehen. Es zeigte sich nun, dass derselbe ein viereckiges Plättchen darstellte, dessen Umriss in Fig. 2 in natürlicher Grösse wiedergegeben ist. Die Länge dreier Seiten beträgt je 16—18 Mm., die der kurzen Seite circa 8 Mm. Letztere hatte sich in die hintere Larynxwand eingesenkt, so dass eben nur eine freie Kante der senkrecht zu den Stimmbändern gerichteten Platte zu sehen gewesen.

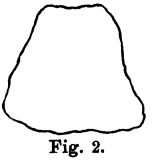


Fig. 2.

Weder ich, noch die anderen Collegen, darunter Herr Dr. J. Gottstein, die das Kehlkopfsbild vor der Extraction gesehen hatten, vermochten, die plattenförmige Gestalt des Fremdkörpers zu erkennen.

Nach der Extraction sah man bei der laryngoscopischen Untersuchung die Rima glottidis völlig frei, nur die gelblichen Anhänge waren noch vorhanden und erwiesen sich jetzt deutlich als oedematöse Vorsprünge der hinteren Kehlkopfschleimhaut. An der Mitte der hinteren und der vorderen Kehlkopfs-Trachealwand sah man, einige Millimeter herabreichend, schmale, mit eitrigem Secret bedeckte Vertiefungen, in denen der Fremdkörper wie in zwei Rinnen festgesteckt hatte. Alle diese pathologischen Veränderungen verschwanden unter geeigneter Behandlung in 8 — 10 Tagen, im Verlaufe welcher Zeit auch der Husten und die Heiserkeit aufhörten, selbst die Mandelanschwellung liess nach, so dass das Mädchen Anfang Mai wieder völlig gesund war.

Was nun die Natur des Fremdkörpers anbetrifft, so war es nicht ganz leicht, darüber in's Klare zu kommen. Ein Pflaumenkernbruchstück, woran man zunächst denken konnte, war es nicht, ebensowenig war es als Holz oder gewöhnliche Kohle zu erklären. Die Pflaumenmussfabri-

Digitized by Google

kation geht in der Weise vor sich, dass die entkernten Pflaumen in grossen, eisernen Gefässen erhitzt und umgerührt werden. Für ein Stückchen etwa abgesprungener Emaille war der Fremdkörper viel zu leicht und überdies verbrannte ein Probestückchen bis auf eine feine Asche vollständig.

Es erschien mir nur noch möglich, dass das Plättchen vielleicht festgedrückte und angebrannte Pflaumenmussmasse sei. In der That gelang es mir, diese Vermuthung durch ein kleines Küchenexperiment zur Gewissheit zu erheben. Ich kochte ein Stück Pflaumenmuss in einem eisernen Topfe vollständig ein und liess es etwas verkohlen. Es bildeten sich dann am Boden harte Massen, die leicht lossprangen und mit dem gefundenen Fremdkörper vollständig übereinstimmten: eine Fläche glatt, die andere rauh, ebenso leicht und brennbar, ebenso scharfrandig, ebenso zerbrechlich, aber doch mit einer Zange gut fassbar.

Es erscheint mir von hygienischem Interesse, dass im Pflaumenmuss solche verkohlte Mussstücke vorkommen können, die wie steinige Massen leicht Schaden bringen können.

Gerade dadurch, dass man von dem Vorhandensein eines derartigen festen Körpers im Pflaumenmuss keine Ahnung hatte, war in unserem Falle, abgesehen von der laryngoscopischen Untersuchung, die Diagnose eines Fremdkörpers erschwert. Es fehlte, ich möchte sagen, die Constatirung eines Corpus delicti. Dazu kam, dass in Folge der relativ günstigen Lage des Fremdkörpers im Kehlkopf, abgesehen von den ersten, rasch vorübergehenden stürmischen Erscheinungen, die Beschwerden ziemlich geringfügige waren und eine andere Auffassung der Sachlage zuliessen.

Es kann nämlich nicht geläugnet werden, dass der Symptomencomplex, unter welchem das Kind erkrankte, eine gewisse Aehnlichkeit mit einer Laryngitis hypoglottica resp. catarrhalischem Croup hat. Freilich ist durch den Kehlkopfspiegel sofort Alles aufgeklärt worden.

Bemerkenswerth ist, wie erheblich sowohl die laryngoscopische Untersuchung, als auch die endolaryngeale Operation durch das Cocain erleichtert wurde. Es ist kaum anzunehmen, dass es ohne Cocain in gleich kurzer Zeit gelungen wäre, das Leiden der kleinen Patientin so sicher zu erkennen und so rasch und prompt zu beseitigen.

Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass ich die Extraction des Fremdkörpers selbst mittelst der Gottstein'schen Röhrenzange (s. G.'s Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten S. 6) vollführt habe. Sie ist ausserordentlich handlich, beschränkt gar nicht das Licht und lässt eine grosse Kraft anwenden, Vortheile, durch die sie sich von allen ähnlichen Instrumenten auszeichnet.

Ludwig Mende
und seine Beziehungen zur Laryngologie.

Eine historische Studie.

Von

Dr. **Paul Strübing,** Docent in Greifswald.

Auf Grund von Selbstbeobachtungen beschrieb Czermak[1]) zuerst den Mechanismus genauer, der bei forcirten Exspirationsbewegungen,

[1]) Gesammelte Schriften. Leipzig 1879, 1. Bd., 2. Abth., pag. 543.

Digitized by Google

beim Pressen und Drängen in Thätigkeit tritt und welcher es der Glottis ermöglicht, dem unter diesen Verhältnissen auftretenden, starken intrathoracischen Luftdruck ohne grossen Kraftaufwand Widerstand zu leisten.

Czermak führte zuerst genauer aus, dass hierbei ein fester, luftdichter Kehlkopfverschluss zu Stande kommt, der nicht allein durch den Schluss der wahren Stimmbänder — wie z. B. beim Husten — bedingt ist, sondern an dem sich noch andere Factoren betheiligen. Die falschen Stimmbänder legen sich aneinander, und durch die Action der Detractoren des Kehldeckels wird die Epiglottis von oben fest auf den Kehlkopfeingang aufgedrückt.

Dass der Epiglottis eine derartige Function beim Kehlkopf-Verschluss zukomme, ahnte wohl Santorini, indem er aus der Anordnung der Epiglottismuskeln und aus ihrer Insertion den Schluss zieht, dass sie im Stande sein müssten, die Epiglottis herabzuziehen „et laryngis ventriculorum cavitates coactare“ [2]).

Andererseits machte Magendie aus der Thatsache, dass Hunde nach Entfernung der Epiglottis ohne Hinderniss Speisen und Getränke verschlucken, den Schluss, dass an dem Kehlkopfverschluss noch andere Factoren, als der Kehldeckel allein mitwirken müssten, und dass im Kehlkopf selbst Kräfte gegeben wären, welche diesen Verschluss bedingen könnten.

Hier waren es aber immer nur Vermuthungen und Ideeen über den Kehlkopfverschluss und auch diese waren unvollkommen und unzureichend. Czermak's Beobachtungen am Menschen brachten erst den Beweis und stellten die betreffenden Verhältnisse nach allen Seiten hin fest.

Und doch war Czermak wieder nicht der Erste, welcher den Mechanismus des festen Kehlkopfverschlusses in seinen Einzelheiten am Menschen beobachtete. — Die Priorität dieser Entdeckung gebührt einem früheren Greifswalder Professor, Namens Mende [3]).

Im Jahre 1816 veröffentlichte derselbe eine kleine Schrift, betitelt: „Von der Bewegung der Stimmritze beim Athemholen, eine neue Entdeckung mit beigefügten Bemerkungen über den Nutzen und die Verrichtung des Kehldeckels“ [4]).

Die Veranlassung zu der Mende'schen Beobachtung war folgende: „Am 24. April 1816 schnitt sich ein Schäfer Hilgendorf in Hanshagen bei Greifswald in selbstmörderischer Absicht derartig in den Hals, dass er,“ wie Mende beschreibt, „das Zungenbein und den Kehldeckel an seiner Wurzel von dem Schildknorpel und die Speiseröhre vom Schlunde glatt und vollständig von dem oberen Theil des Kehlkopfes abtrennte und die Stimmritze ganz bloss legte.“ Dank der unfreiwilligen Kunst-

---

[2]) Observationes anatomicae. Venetiis 1724, pag. 111.

[3]) Ludwig Julius Caspar Mende aus Greifswald (14. September 1779 bis 23. April 1832), Professor in seiner Vaterstadt und, seit 1823, in Göttingen, am berühmtesten durch seine Leistungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin: „Beobachtungen und Bemerkungen aus der Geburtshilfe und gerichtlichen Medicin.“ Göttingen 1824—28. 5 Bände. — „Die Krankheiten der Weiber.“ Leipzig 1810. 2 Bände. — „Die Geschlechtskrankheiten der Weiber.“ Göttingen 1831. (Haeser, Geschichte d. Medicin, Jena 1881. 2 Bd., p. 1014.)

[4]) Ich verdanke die Kenntniss dieser Schrift Herrn Collegen P. Heymann in Berlin.

Digitized by Google

fertigkeit, mit welcher die Selbstmörder bisweilen das Messer handhaben, hatte auch hier besagter Hilgendorf jegliche Verletzung grösserer Gefässe sorgfältig vermieden. Mende wird nach Hanshagen gerufen und findet den Hilgendorf demnach noch am Leben. Die Breite der Wunde von einem Winkel zum andern betrug 4 Zoll; die Wundränder standen bei zurückgelegtem Kopf 2½ Zoll auseinander. „Diese ungeheure Wunde," sagt Mende, „verstattete es nun, bei einem übrigens gesunden und auch kräftigen Menschen die Bewegungen der Stimmritze beim Athmen frei zu beobachten." [5])

Er beschreibt zuerst die Erweiterung der Glottis und das Heben des Kehldeckels bei der Inspiration. Dann fährt er fort: „Exspirante homine labia glottidis introrsum se rursus volverunt marginibusque torosis se invicem tetigerunt, qua in coartatione et loco insertionis epiglottidis depresso, cartilagine thyreoidea verum paulum elevata totum rimae vocalis lumen occludebatur eoque in situ contracto ad novam inspirationem quiescebat. [6])

Nun ist es jetzt bekannt und laryngoscopisch leicht zu erweisen, dass bei der gewöhnlichen Exspiration, wenn die austretende Luft keinen Widerstand findet, und wenn die Hilfsmuskeln der Exspiration nicht in Thätigkeit treten, die Glottis bei dieser Athmungsphase nicht geschlossen wird. Nur bei forcirten Exspirationsbewegungen, beim Pressen, Drängen u. dergl., findet ein derartiger Verschluss bei der Exspiration, wie ihn Mende beschreibt, statt. Der Verletzte befand sich aber bei Mende unter Verhältnissen, unter denen der Athmungsmechanismus direct geschädigt war; er athmete, wie Mende an anderer Stelle sagt, durch Nase und Mund; die Glottis erweiterte sich stark, die Oeffnung der Stimmritze betrug von einer Seite zur anderen 10 — 11 Linien rheinischen Maasses. Die Inspirationen gingen mithin mit verstärkter Kraft vor sich und auch die Exspirationen waren forcirt. Die letzteren mussten sich mehr der Pressbewegung nähern, und so erklärt sich der hierbei zu Stande kommende Kehlkopfverschluss. Mende, welcher glaubte, dass dieser Verschluss bei jeder normalen Exspirationsbewegung auftrete, suchte denselben nun physiologisch zu deuten, und da die Prämisse irrthümlich war, so erscheint der Schluss, den er macht, uns heute wunderlich. „Es ist bekannt," sagt er [7]), „dass die Lunge beim Ausathmen nie ganz von Luft entleert werden darf, und dies ist auch der Grund, weshalb sich bei jedem Ausathmen die Stimmritze zuschliesst. Dies muss nun, um einen so flüchtigen und durchdringenden Körper zurückzuhalten, als die Luft ist, so dicht als möglich geschehen, und deshalb legen sich nicht blos die Lippen [8]) an einander, sondern der Kehldeckel bedeckt den Kehlkopfeingang überdies noch ganz fest."

---

[5]) l. c. pag. 10.

[6]) l. c. pag. 12. — Ich gebe hier den lateinischen Text, weil mit demselben die Beobachtung vollständiger und ausführlicher beschrieben ist, als mit dem beigefügten deutschen. Im letzteren heisst es nur: „Die Ränder der Stimmritze bewegten sich gegeneinander." Wenn Mende von einer „Stimmritze" spricht, so schliesst er immer, wie wir später sehen werden, die falschen Stimmbänder mit ein.

[7]) l. c. pag. 23.

[8]) M. fasst hier unter dieser Bezeichnung die falschen und wahren Stimmbänder zusammen, die er überhaupt nirgends von einander differenzirt. Die

Digitized by Google

Das Thatsächliche hieran ist aber, dass Mende denselben hermetischen Kehlkopfverschluss beobachtet und beschreibt, wie ihn 50 Jahre später Czermak entdeckte.

Die Mende'sche Arbeit ist aber noch aus anderen Gründen interessant: Einmal war Mende überhaupt der Erste, welcher beim lebenden Menschen die Stimmbänder und ihre Action bei der Athmung, beim Sprechen und bei der Expectoration gesehen hat. Bevor Garcia's Entdeckung den Kehlkopf dem beobachtenden Auge erschloss und ihn der Untersuchung direct zugänglich machte, beschränkte sich die Möglichkeit, Beobachtungen am lebenden Menschen anzustellen, auf die Fälle, in welchen eine grosse Wunde oder ein grosser Defect, durch das Messer oder durch pathologische destructive Processe hergestellt, einen Einblick in den Kehlkopf gestattete. Die Mende'sche Beobachtung ist von diesen die erste und die ausführlichste. Ihr folgten später solche von Bell, Dunglison, Bischat, Malgaigne, Stilling und Eichmann[9]). Während die Ersteren wesentlich die Thätigkeit der Glottis bei der Athmung beschrieben, erstreckt sich die Eichmann'sche Beobachtung allerdings auch auf die Stimmbildung. Hier aber handelt es sich um pathologische Zustände bei derselben, um spastische Contractionen der Musculatur; Eichmann beschreibt ein Bild, welches wir heute in das Gebiet der Aphonia spastica rechnen würden.

Nachdem Mende nun bei seinem Verletzten zuerst die Bewegungen der Stimmritze bei der Athmung gesehen, stellt er Beobachtungen über Stimmbildung an, indem er bei offener Wunde den Patienten zum Sprechen zu bewegen sucht. „Beim Sprechen," beschreibt er, „gerieth die Stimmritze in zitternde Bewegung, und es kam ein röchelnder Ton"[10]) — aber nur ein Ton — „zu Stande. Die Luft war unter diesen Verhältnissen unmittelbar über den Stimmbändern durch die Wundöffnung

---

unverletzte Stimmritze bildete, sagt er, zwei längliche Wulste, die viel dicker erschienen, als im todten Körper und dem äusseren Ansehen nach einigermaassen mit den Lippen am Munde verglichen werden konnten und ein frisches, blassröthliches Aussehen hatten. Die Beschreibung speciell passt mehr für die falschen, wie für die wahren Stimmbänder. Mende, der von der Wunde aus von oben in den Kehlkopf hineinsah, blickte zuerst auf die Taschenbänder, die ihm mit Lippen am Munde vergleichbar erschienen. Beim Todten hatte er bisher nur die prominirenden und sich durch ihre Farbe von der Umgebung deutlich abhebenden wahren Stimmbänder gesehen, und deshalb erscheinen ihm die Gebilde, auf welche er blickte, viel dicklicher, als im todten Körper. Wären die wahren Stimmbänder pathologisch durch einen chron. Entzündungsprocess verdickt gewesen, so wäre diese Verdickung eine ausserordentlich beträchtliche gewesen; ein derartiger entzündlicher Process wäre nicht blos auf die wahren Stimmbänder beschränkt geblieben, sondern hätte auch zur Schleimhaut-Verdickung an anderen Stellen geführt. Das Lumen des Kehlkopfes war aber ein vollständig freies; die Glottis erweiterte sich aber bei der Inspiration bis zur Breite von 10—11 rh. Linien, so dass sie einen „liberum conspectum in ipsam tracheam" zuliess; — folglich kann von einer pathologischen Verdickung der Weichtheile nicht die Rede gewesen sein.

Ausserdem wird die Farbe ausdrücklich als „blassröthlich" bezeichnet, so dass ein chron. Catarrh etc. nicht bestanden haben kann.

[9]) Rheinisch-westph. Correspond.-Blatt, Bd. 4, No. 12 u. 13.

[10]) l. c. pag. 12.

Digitized by Google

ausgetreten, ohne den Rachen und die Mundhöhle zu passiren. Erst als die Wundränder aufeinandergedrückt und somit der Luftaustritt durch die Wunde verhindert war, konnte der Patient eine Antwort geben, jetzt erst konnte er sprechen.“ Heute, wo wir wissen, wie die Vocale und Consonanten entstehen, und wo wir die Rolle kennen, welche die Mundhöhle beim Sprechen spielt, ist uns diese Erscheinung erklärlich. Der alte Mende konnte sich diese Erscheinung nicht erklären, er constatirt nur, dass die Stimmritze an sich allein bei dem Ausströmen der Luft aus den Lungen keineswegs die Stimme verursacht.

Seine weiteren Beobachtungen erstrecken sich auf den Glottisschluss bei der Expectoration. Er ist auch hier der Erste, der am Lebenden den Akt der Expectoration beobachtet und beschreibt.

An seine Beobachtungen knüpft er endlich Bemerkungen über pathologische Zustände.

Die Lehre vom Spasmus glottidis hat bekanntlich vielfache Wandlungen durchmachen müssen, bevor sie die Form annehmen konnte, in der sie heute vor uns steht. Diese Wandlungen sind ja auch durch die Namen gekennzeichnet, welche die Krankheit in den verschiedenen Zeiten geführt hat.

Im Jahre 1769 war die Arbeit von Millar erschienen, der allerdings alle möglichen, mit Dyspnoe einhergehenden Krankheitszustände, vor allen Dingen den Croup mit demjenigen Symptombilde verband, das wir heute Spasmus glottidis nennen. Millar hatte selbst schon die Vermuthung ausgesprochen, dass bei seinem Asthma acutum ein Verschluss im Kehlkopf durch Krampf der Kehlkopfmuskeln — der Adductoren der Stimmbänder — zu Stande käme. Und wenn man, sagt Mende, das Spiel der Stimmritze bei der Athmung sieht und die Rolle berücksichtigt, welche die Muskeln der Stimmritze bei der Athmung spielen, so kann die Möglichkeit eines Krampfes in diesen Muskeln nicht geläugnet werden, und hieraus, fügt er hinzu, entsteht nach meiner Ueberzeugung Millar's hitzige Engbrüstigkeit.

Auch bei der „häutigen Bräune“ lässt Mende den Glottiskrampf eine Rolle spielen. Diese „häutige Bräune“ scheint damals in Greifswald nicht selten gewesen zu sein, denn Mende verfügt offenbar über ein bedeutendes Beobachtungsmaterial. In seinen Auseinandersetzungen über diese Krankheit bewegt er sich in den Anschauungen der damaligen Zeit; zerstreut finden wir Gedanken, in denen er sich über dieselben erhebt. Bei dieser Krankheit, sagt er, kommt es zur „Ausschwitzung gerinnbarer Lymphe“ — zur „fibrinösen Exsudation“ sagen wir heute. Die Krankheit kommt, bemerkt er weiter, nicht durch eine blosse Entzündung zu Stande, sondern es giebt ausser derselben noch „besondere und eigenthümliche Ursachen“, welche die häutige Bräune erzeugen können, und hierbei lässt er die „chemisch-dynamische Einwirkung eines eigenthümlichen Gemisches der eingeathmeten Luft“ eine Rolle spielen. Er sucht hierin jenes unbekannte, die Erkrankung hervorrufende Agens, welches mit der eingeathmeten Luft in die Luftwege gelangt. Heute sind unserer Begriffe präciser, und vielleicht ist die Zeit nicht zu fern, in welcher wir das inficirende Agens mit den Hilfsmitteln der modernen Arbeit genauer kennen lernen.

Soviel über die Mende'sche Arbeit. Dass sie der Vergessenheit

Digitized by Google

völlig anheimfällt, hat sie nicht verdient, denn dem Autor gebührt manche Priorität. In seiner Arbeit zeigt er eine gute Beobachtungsgabe und in seinen Anschauungen erhebt er sich in manchen Punkten über das Niveau der damaligen Zeit. Abgesehen von einem localen Interesse, welches die Arbeit für die Greifswalder Universität hat, gebührt der Schrift auch in Wirklichkeit ein historisches Interesse — und dieses zu erwecken, war der Zweck vorstehender Zeilen.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zum Morbus Ménière. Von G. Brunner in Zürich. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXII, 1. u. 2. H.)

Bekanntlich herrscht unter den Ohrenärzten eine grosse Meinungsverschiedenheit bezüglich der Auffassung des Morbus Ménière; die Einen bezeichnen mit diesem Namen streng logisch nur das von Ménière geschilderte Krankheitsbild, insofern sie darunter nur die plötzlich auftretende, mit heftigen Schwindelanfällen und Erbrechen verbundene apoplectiforme Taubheit verstehen, welche ihr pathologisches Substrat in einer Labyrinthaffection (Hämorrhagie, Exsudation) hat (Politzer); die Anderen dagegen gebrauchen den Namen nicht sowohl für eine specielle Organerkrankung, als vielmehr für einen Symptomencomplex: Schwindel, Erbrechen und mehr oder minder ausgesprochene Schwerhörigkeit. Letzterer Auffassung schliesst sich B. im Allgemeinen an, betont nur als ein Hauptcriterium des Vertigo Ménière — welche Bezeichnung er consequenter Weise statt Morbus M. vorschlägt — das anfallsweise Auftreten, weshalb er die acuten Labyrintentzündungen mit ihrem anhaltenden Schwindelgefühl nicht unter V. M. verstanden wissen will. Neben der gewöhnlichsten Localisation des Processes im Labyrinth können auch Krankheitsprocesse im Gross-, besonders aber im Kleinhirn (Wurm) dem M. Symptomencomplex zu Grunde liegen, allerdings nur sehr selten und nur durch gleichzeitige accidentelle Compression von Acusticusfasern. Meist ist aber das Labyrinth afficirt, und sind hier die schweren Fälle mit plötzlicher Taubheit von den leichteren mit geringer Hörstörung zu trennen; erstere sind vielleicht auf Hämorrhagien zurückzuführen, vielleicht auch auf pathologische Druckverhältnisse im Labyrinth in Folge Behinderung oder Verstopfung der Ausweichungsbahnen für die Endo- und Perilymphe — während letzteren eher vasomotorische Neurosen zu Grunde liegen mögen, zumal, wenn den Anfällen eine Aura vertiginosa vorhergeht, die Functionsstörung gering ist (oder auch ganz fehlt), und Chinin die Anfälle coupirt oder abschwächt. Einen beobachteten Fall letzterer Categorie theilt B. mit, bei welchem sich unabhängig von den Schwindelattaquen noch Hemianästhesia acustica bald rechts bald links mit einseitiger Taubheit einstellte. — Bemerkenswerth sind die Ausführungen B.'s bezüglich der durch die Untersuchungen von Kirchner und Roosa unter den Ohrenärzten verbreiteten Ansicht über die Wirkung grosser Chinindosen auf

Digitized by Google

das Labyrinth, welche den von Augenärzten am Auge gemachten Erfahrungen direct gegenübersteht: hier hochgradige Blutleere aller Retinalgefässe, dort Hyperämie und Blutextravasation im Labyrinthe. B. glaubt, den Grund für die abweichenden Resultate K.'s darin zu finden, dass K. an kleineren Thieren (Kaninchen, Katzen) experimentirte, bei welchen durch die in Folge des Chiningebrauchs entstandene starke Dyspnoe auch die Augenuntersuchung kein constantes Resultat ergeben hat, welches erst bei grösseren Thieren (Hunden) erzielt wurde. Bei der Annahme einer hochgradigen Ischämie der Labyrinthgefässe durch grosse Chinindosen wäre zugleich eine Erklärung für die günstige Wirkung derselben bei Ohrschwindel durch Herabsetzung des Blutdrucks gegeben.

Keller.

Ruptur beider Trommelfelle durch Fall auf den Kopf. Von J. Morrison Ray. (Zeitschr. für Ohrenheilk., XVII, 1. Februar.)

Ein 54jähr. Mann zog sich durch einen Sturz aus 12 Fuss Höhe ausser anderen Verletzungen eine Splitterfractur des Unterkiefers und eine profuse Blutung aus beiden Ohren zu, welche 3 Tage anhielt und mehrere Drachmen betrug; alsdann wurde der Ausfluss serös-sanguinolent, zuletzt eitrig, Stimmgabel für Luftleitung noch eben vernehmbar, Uhr = 0, laute Sprache wird verstanden, Knochenleitung erhalten; heftiges Ohrensausen. Aeusserer Gehörgang intact; beide Trommelfelle zeigen eine lineare Ruptur, auf der einen Seite senkrecht zum Handgriff, auf der anderen schief von oben nach unten und von hinten nach dem Umbo hin. Ausser Politzer keine Behandlung wegen voraussichtlicher Erfolglosigkeit derselben. Nach 3 Monaten Hörweite für Uhr und Sprache normal, Rupturen vertheilt. Der Autor nimmt an, dass im vorliegenden Falle eine Fractur der Schläfebeine, und zwar mit Rücksicht auf die völlige Wiederherstellung des Gehörs, des knöchernen Daches der Paukenhöhle in der Nähe des Trommelfells bestanden habe. Keller.

Best form of Boracic Acid for Use in the Ear. Von A. D. Williams. (St. Louis Med. and Surg. Journ., April 1887.)

Wenn man die feinst gepulverte Borsäure einbläst, so adhärirt sie häufig so fest an den Wänden, dass in die Tiefe nichts hineingelangt. Verf. bedient sich daher der grob gepulverten Säure (etwa wie körniger Zucker). Diese haftet auch dem Trommelfell nicht an, sondern liegt lose darauf. Und darin erblickt W. einen Vorzug! —s.

Sudden and Total Deafness a Symptom of Cerebro-Spinal Meningitis. Von A. D. Williams. (St. Louis Med. and Surg. Journal, December 1886.)

Ein 2jähriges Kind wurde plötzlich taub. Trommelfelle beiderseits normal, also cerebrale Ursache, und zwar Meningitis cerebrospinalis durch Zerstörung der Labyrinthe. Nach Verf.'s Erfahrung setzt keine andere Erkrankung plötzliche, absolute Taubheit. Der Verlauf der Krankheit bestätigte die Annahme auch hier. —s.

Digitized by Google

b) Pharyngo-laryngologische:

Betrachtungen über Pharyngitis sicca sive atrophica. (Considérations sur la pharyngite sèche dite atrophique.) Von Dr. Moure. (Revue mensuelle de laryngologie, No. 4, 1887.)

Definition der Pharyngitis sicca; selbe kommt nie ohne Rhinitis atrophica sive ozaena vor und ist als von derselben ausgehend zu betrachten. Scrophulose, alle Reize, welche Rhinitis hervorrufen, sind als Ursachen zu betrachten. Gefühl von Brennen, von einem Fremdkörper, geringer während und nach dem Essen; nicht erleichtert beim leeren Schlucken; die physicalische Untersuchung ist die Hauptsache. Heilung nur Anfangs möglich, in späteren Stadien kann man blos erleichtern. Die Behandlung besteht besonders in Behandlung der Rhinitis, Bepinselungen mit Chlorzink oder Carbolsäure (1 zu 1000), Einstäubung von Schwefelwasser, Jodkalium; Moure befand sich am besten bei Bepinselungen mit Acid. capsici annui 0,50 bis 1 Grm. auf Glycerin 50 Grm.

Dr. P. K.

Erysipel des Pharynx. (Erysipelas Developing in the Pharynx.) Von E. F. Wells. (New England Med. Monthly [Bridgeport, Ct.], 15. März 1887.)

Der Fall betraf eine 32jähr. Frau, welche etwa eine Woche vor dem Ausbruch der Krankheit einen Fall von Rothlauf gepflegt hatte. Erst nachdem der Process im Halse 48 Stunden gedauert hatte, wurde die Gesichtshaut mitergriffen. Heilung. A. Sch. (N.-Y.)

Kohlengas als Ursache von Halsentzündungen. (Coal gas as a cause of sore throat.) Von Prof. Corfield. (Lancet, 23. April 1887.)

Prof. Corfield beobachtete in einer Anzahl von Fällen, dass Anginen in Folge von leichten Undichtigkeiten der Gasarme in Schlafzimmern auftreten; beweisend dafür war, dass verschiedene Bewohner des Zimmers hintereinander an Angina erkrankten und dass diese nach der Dichtung der schadhaften Stellen aufhörten. Er beobachtete dasselbe in mehreren Häusern. Schadhafte Drainage war in den Fällen nicht vorhanden. Dr. M. Schm.

Fälle von sichtbar pulsirenden Arterien an der Hinterwand des Pharynx. (Five Cases of Large Visible Pulsating Artery on the Posterior Wall of the Pharynx, With Remarks.) Von J. W. Farlow in Boston. (Boston Med. and Surg. Journ., 31. März 1887.)

F. beobachtete 5 Fälle von sichtbar pulsirenden Gefässen, welche an der Hinterwand des Rachens parallel mit den hinteren Gaumenbögen und etwa $^1/_4$ Zoll medialwärts von denselben verliefen, bald beider-, bald nur einseitig. Er spricht diese Anomalie als ungewöhnlich starke Entwicklung der Arteria pharyngea ascendens an. Manche Fälle von starker Blutung nach Tonsillotomie sind wohl mit dieser Anomalie in Zusammenhang zu bringen. A. Sch. (N.-Y.)

Ein neues Uvulotom. (A new uvulotome.) Von Greville Mac Donald, London. (Lancet, 7. Mai 1887.)

Die Scheere hat ein zweites Paar gezähnter Blätter, welche sich

Digitized by Google

früher schliessen wie die schneidenden Blätter und somit die Uvula fixiren. Die Biegung der Scheere ist so, dass die Wunde auf die Hinterseite zu liegen kommt. Die Beschwerden nach der Operation werden dadurch nach Bosworth sehr verringert. Dr. M. Schm.

Blutcyste der Zunge. (Bloodcyst of the tongue.) Von Bruce Clarke. (Lancet, 30. April 1887.)

Der Vortragende zeigte in der Medical Society of London eine 24jährige Frau mit einer solchen Cyste von naevusartigem Aussehen; sie war seit zwei Jahren gewachsen, enthielt anfangs seröse Flüssigkeit, später nur Blut. Er hatte die Absicht, die Geschwulst zu exstirpiren. Davis Colley bemerkte in der Discussion, dass diese Cysten entweder einfache Hämatome oder entartete Naevi seien; er schlug als einfachstes Mittel die Ligatur vor. Dr. M. Schm.

Sarcom der Zunge, Entfernung der halben Zunge, Bemerkungen. (Sarcoma of the tongue, removal of half of tongue, remarks.) Von Mr. Butlin. (Lancet, 26. März 1887.)

Verf. beobachtete den seltenen Fall bei einem 40jährigen Kutscher. Die Geschwulst hatte sich in zwei Monaten entwickelt, nahm die hinteren zwei Drittel der linken Zungenhälfte ein. Nachdem eine Jodkalicur ohne Erfolg geblieben, wurde die Geschwulst exstirpirt; es war ein kleinzelliges Sarcom. Dr. M. Schm.

Ein Fall von Phlegmone der Regio suprahyoidea. (Un cas de phlegmon de la région sushyoidienne.) Von Dr. Gaston Dupré. (Communication faite à la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Séance du 4. Octobre 1886.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 8jährigen Kindes, welches bei einem Spaziergange Kornähren kaute und dabei sich eine der harten Borsten der Aehre in die Schleimhaut unter der Zunge zwängte. Es entstand ein lebensgefährlicher Abscess der Unterzungengegend, welcher erst heilte, nachdem man in der Medianlinie oberhalb dem Körper des Zungenbeines eine Gegenöffnung gemacht hatte.

Der Autor erinnert sich, als Kind dieselbe Krankheit, aus derselben Ursache hervorgebracht, überstanden zu haben und trägt noch heute die Narbe davon an der äusseren Halsseite.

Der Autor reiht seinen Fall an den von Boeckel an, welcher neulich in den „mémoires de la société de médecine de Strasbourg“ veröffentlicht wurde. Dr. P. K.

Diphtheritischer Croup. Tracheotomie. — Diphtherie der Wunde. Heilung. (Croups diphthéritiques d'emblée. Trachéotomie. Diphthérie de la plaie; guérison.) Von Dr. Gevaert. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, Décembre 1886.)

Geschichte von zwei schweren Fällen von Diphtherie, wo die Trachealwunde nebst der Trachea diphtheritisch wurde; bei beiden Fällen wurde, ausser Alcoholbehandlung innerlich, äusserlich nur Tannin mit dem besten Erfolge angewandt: Tannin 8, Glycerin q. s., Aqua destill. 200.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Ausbruch einer Diphtheritis-Epidemie berichtete Dr. Mouillot von Gorey in der Medical Section der Academy of Ireland. (Lancet, 1887, 30. April.)

Es wurden 18 Kinder einer Schule befallen. Sieben trugen den deutlichen Character von Diphtherie, darunter drei schwere, zehn zeigten einfache Tonsillitis, bei einer begann die Krankheit im Larynx. Acht bekamen Kehlkopferscheinungen, davon starben drei; bei zweien folgte Lähmung, darunter bei einem der leichtesten; sechszehn hatten vergrösserte Halsdrüsen. Die Ursache wurde in einem schadhaften Drainagerohr gerade unter dem Schulzimmer und den Fenstern der Schlafzimmer gefunden. Dr. M. Schm.

Bericht über einige Fälle von Kropf. (Communication sur quelques cas de goitre observés au service du professeur Boeckel à Strasbourg.) Von Dr. Jaeger. (Mémoires de la société de médecine de Strasbourg 1886, Tome XXIII.)

Die Thyroidectomie ist keine „tollkühne" Operation mehr, wie Dieffenbach im Jahre 1848 behauptete; doch sind die Indicationen und Contraindicationen zur Operation noch nicht ganz festgestellt; in den folgenden Fällen war die Operation nicht zu umgehen.

1) Ein 17jähriger Mann, Bäcker; parenchymatöser, in dem Zeitraum eines Jahres sich entwickelnder, die Trachea von rechts nach links comprimirender Kropf. Jodeinspritzungen halfen nicht, es trat Erstickungsgefahr ein; der rechte Schilddrüsenlappen wurde exstirpirt; der Hautschnitt, nach oben convex, ging dicht am vorderen Rand des Sternomastoideus vorbei bis etwa 2 Centimeter oberhalb des Sternoclaviculargelenks; tiefe Nähte, Drainrohr, Compressionsverband mit einem dicken desinficirten Schwamme. Heilung mit zurückbleibender Heiserkeit.

2) Eine 57jährige Arbeiterin; parenchymatöser, retrosternaler Kropf, die Trachea von rechts nach links comprimirend; laryngoscopisch war unter den Stimmbändern an der rechten Trachealwand ein Eindruck zu bemerken. Die Exstirpation des rechten Schilddrüsenlappens wurde ohne grossen Blutverlust gemacht, es blieb eine grosse Tasche hinter dem Sternum zurück, welcher Hohlraum in unmittelbarer Nähe des Truncus brachiocephalicus, der Trachea, der Pleura, des vorderen Mediastinum war. Tod nach 8 Tagen an doppelseitiger Pneumonie. Professor von Recklinghausen machte die Section; die rechte Pleura war von der Wundtasche aus entzündlich inficirt worden; wahrscheinlich bestanden aber schon frühere Lungenaffectionen, an welchen Patientin fortwährend litt und wegen welchen selbe auch auf die medicinische Abtheilung aufgenommen worden war.

3) Maligner Kropf. Eine 58jährige Frau hat seit 6 Monaten an der linken Thyreoidalseite einen tief sitzenden Tumor; Dyspnoe; Larynx normal. Das Fehlen von Schmerzen, von angeschwollenen Drüsen, von Cachexie und vasculären nebst nervösen Störungen, verbunden mit der leichten Beweglichkeit des Tumors, liessen die Bösartigkeit desselben ausschliessen. Unterhalb der Stimmbänder sieht man die Trachea von links nach rechts durch normales Gewebe verengert. Die Exstirpation erleichterte das Athmen nicht und am andern Tage musste die Tracheotomie ausgeführt werden. Die Erleichterung kam, es traten aber Fieber-

Digitized by Google

bewegungen mit stinkendem Auswurf und nach einer Woche der Tod ein. Section durch Prof. v. Recklinghausen: Eitrige Mediastinitis, welche als Bindungsglied zwischen der Operationsfläche und den eitrigen Entzündungen der Pleura, des Pericardium und der Lungen anzusehen ist. Wäre man bei Stellung der Diagnose sicher gewesen, einen malignen Tumor vor sich zu haben, so wäre wahrscheinlich anders operirt worden; zur sicheren Stellung der Diagnose soll man die von Kauffmann angerathene trockene Probepunction versuchen. Die microscopische Untersuchung ergab einen bösartigen „papillomatösen" Kropf, eine grosse Seltenheit. Dr. P. K.

Hypertrophischer Kropf mit secundären Knoten im Schädelknochen. (Lancet, 16. April 1887.)

Ueber einen solchen Fall berichtete Dr. Joseph Coats in der Pathological Society of London. Es fanden sich Knoten, welche in der Structur vollkommen (?) mit der vergrösserten Schilddrüse übereinstimmten, am Hinterhauptsbein nach aussen, ein zweiter stand nach innen vor und war mit der Dura mater verwachsen. Sie entsprangen offenbar der Diploë. Der nach aussen gerichtete pulsirte während des Lebens.

In der Discussion wurden ähnliche Fälle von secundären Knoten an verschiedenen Körperstellen erwähnt. Der Vortragende bezweifelt deren Kropfnatur. Dr. M. Schm.

Fälle mit Neigung zu Blutungen bei Myxödem. (Cases of haemorrhagie tendency in Myxoedema.) Von Mr. Oscar B. Shelswell. (Lancet, 2. April 1887.)

Verf. berichtet zunächst zwei Fälle von Blutungen nach Zahnausziehen bei Myxödempatientinnen, stellt dann aus der Literatur Beobachtungen zusammen, nach welchen sich die Blutungsneigung als Menorrhagieen, Ecchymosen, Zahnfleischblutungen und blau-rothe Flecken in der Haut zeigten. Neigung zu Blutung sei auch bei Kropfhypertrophieen beobachtet. Von 90 mit Kropf behafteten Müttern waren 31 habituelle Bluterinnen. Von Zufällen bei chirurgischen Operationen sei ihm nichts bekannt. Dr. M. Schm.

Laryngitis hypoglottica hypertrophica. Von Henschen, Upsala. (Upsala Läkareförening Förhandlinger, 1886, pag. 373.)

Verf. erwähnt einen Fall dieses Leidens bei einem phthisischen 21jähr. Pat. mit einer tuberculösen Perforation des Septum nasi. Die Krankheit hatte als eine einfache Laryngitis mit Heiserkeit und Husten angefangen, später hatten sich Symptome einer Stenose ausgebildet und laryngoscopisch wurde nachgewiesen, dass die Schleimhaut der Pars hypoglottica laryngis hypertrophirt war und sich wie ein Diaphragma in das Lumen des Kehlkopfes hineingeschoben hatte, so dass die Oeffnung für die Luftpassage nur einige Millimeter weit war. Tracheotomie war nicht nothwendig. Pat. lebte noch zur Zeit der Publication.

Schmiegelow.

Digitized by Google

Ueber Erkrankung der Bursa pharyngea. (The Bursa Pharyngea and its Relation to Naso-Pharyngeal Diseases.) Von Ethelbert C. Morgan in Washington. (Maryland Med. Journ., 5. März 1887).

Verf. hat 4 Fälle von Erkrankung der Bursa pharyngea beobachtet, über welche er jedoch weiter nichts mittheilt, als dass drei davon mit catarrhalisch-folliculärer Naso-Pharyngitis verbunden waren. Letztere war „vielleicht secundärer" Natur. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber die O'Dwyer'sche Intubation des Larynx. (Intubation of the Larynx.) Von Joseph Eichberg in Cincinnati. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 12. März 1887.)

E. hat bisher im Ganzen über 8 Fälle von Intubation bei diphtheritischem Croup berichtet und hält das neue Verfahren für einen höchst willkommenen Ersatz der Tracheotomie. Als Verf. noch die von O'Dwyer ursprünglich construirten Canülen, deren oberes Ende nicht breit genug war, anwendete, passirte es ihm zweimal, dass er die ihrer ganzen Länge nach in die Trachea geschlüpfte Canüle mittelst Tracheotomie herausbefördern musste. A. Sch. (N.-Y.)

Modificationen am O'Dwyer'schen Intubationsapparat. (1. Modified Intubation Instruments. Von F. E. Waxham in Chicago. Mit Abbildungen. — 2. Deep Tubing of the Larynx as a Substitute for Intubation. Von A. E. Hoadley in Chicago) (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 12. u. 26. März 1887.)

1) Um Schluckbehinderung zu vermeiden, lässt Waxham Röhren mit einem verhältnissmässig kleinen Kopf anfertigen, welcher einen Kautschukring trägt, an welchem eine ebenfalls aus Kautschuk hergestellte künstliche Epiglottis angebracht ist. — Den Mundsperrer hat Mc.Williams in Chicago (und unabhängig von ihm Denhardt in New-York und Andere, [Ref.]) so modificirt, dass seine Branchen gerade nach hinten gerichtet sind. In der ursprünglich von O'Dwyer angegebenen Form sind sie nach unten gerichtet und das Instrument geräth dadurch leicht in unliebsame Collision mit der Schulter des Patienten. — Um Pseudomembranen, welche sich bei Einführung der Intubationsröhre hinderlich erweisen, aus dem Wege zu schaffen, hat Waxham eine rechtwinkelig gekrümmte Trachealzange construirt. Ohne diese Zange wäre in einem Falle, der mitgetheilt wird, die Ausführung des Luftröhrenschnitts unvermeidlich geworden. — Dem Operateur empfiehlt Waxham die Finger durch Kautschukfingerlinge und den Respirationstract durch einen aus antiseptischem Verbandstoff leicht zu improvisirenden Respirator zu schützen.

2) Hoadley führte in seinen ersten Intubationsfällen die O'Dwyer'sche Röhre irrthümlich verkehrt ein, so dass der vorspringende Theil des Kopfes, der auf den Giesskannenknorpeln zu ruhen bestimmt ist, nach vorne zu stehen kam. Diesen Irrthum bildete H. später zur bewussten Methode aus, da er fand, dass der Tubus in dieser Stellung tiefer in den Larynx einsank und das Schlucken weniger behinderte.

A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Intubation und Tracheotomie. (Intubation and Tracheotomy. A Comparative Study, with a Report of Ten Cases of the Former and Twenty-Two of the Latter.) Von Jerome A. Anderson in San Francisco. (Pacific Med. and Surg. Journ., März 1887.)

Verf. unterscheidet membranösen Croup von Diphtherie und hält bei ersterem die Tracheotomie, bei letzterer aber die O'Dwyer'sche Intubation für angezeigt. A. Sch. (N.-Y.)

Drei Fälle, welche die Schwierigkeiten verdeutlichen, die natürliche Athmung nach dem Luftröhrenschnitt herzustellen und ihre Behandlung durch die Catheterisation der Luftröhre. (Three cases illustrating the difficulties in establishing natural respiration after tracheotomy and their treatment by tracheal catheterisation.) Von Bilton Pollard, London. (Lancet, 30. April 1887.)

Der Vortragende berichtete in der Clinical Society of London über drei derartige Fälle, deren einer wegen Fremdkörper operirt worden war; er heilte diese Fälle durch Einführung von Cathetern in die Luftröhre, er lässt dieselben lange, in einem Falle 31 Stunden lang liegen und wiederholt die Operation mehrmals. In der Discussion wurden die verschiedenen Ursachen der Verlegung des Larynx: Granulationen, Knorpelstückchen, Lähmung der Erweiterer etc. erwähnt; an ersterem sei oft die Form der Canüle schuldig; man solle ferner bei der Operation nicht den Ringknorpel durchschneiden. Dr. M. Schm.

Ein Fall von Erysipel der oberen Luftwege. (Erysipelas of the Upper Air-Passages, with Case.) Von D. B. Delavan in New-York. (Med. Record, 23. April 1887.)

Der Fall betraf einen 47jähr. Steinhauer, fing als Gesichtserysipel an, führte zu Abscessbildung im Pharynx und endete in Genesung. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber die Localbehandlung der Larynxtuberculose. Von W. Lublinski. (Deutsche med. Wochenschr. No. 51, 1886.)

Verf. stellte im Verein für innere Medicin zwei Kranke mit Larynxtuberculose vor, die unter der toxischen Application des Jodols geheilt sind. Da in diesen, wie noch in einer Reihe von anderen Fällen der momentane Erfolg bei der methodischen localen Anwendung des Jodols ein nicht ungünstiger war, so glaubt Verfasser das Jodol empfehlen zu können. Dasselbe hat weder einen unangenehmen Geruch, wie das Jodoform, mit dem es in der Art der Wirkung übereinstimmt, noch verdirbt es den Appetit, noch erregt es in den Dosen, in denen es local applicirt wird, irgend welche Störungen. Das Mittel wird pure in den Kehlkopf eingeblasen, entweder täglich oder 2—3 Mal wöchentlich. Die Kranken empfinden gar keinen Schmerz; auch wird kein Husten erregt. Das Pulver bleibt eine Zeit lang ruhig auf der applicirten Stelle liegen und erzeugt dabei einen nur geringen Aetzschorf. Der Belag der Geschwüre verschwindet, der Geschwürsgrund verbessert sich, gesunde Granulationen schiessen auf, die Schmerzen beim Schlucken lassen nach und nicht selten heilen die Geschwüre. Ob die Heilung eine dauernde sein wird, lässt sich vorläufig nicht entscheiden.

Digitized by Google

Auch bei Ozaena ist das Mittel von grossem Nutzen. (Seiffert hat den günstigen Einfluss des Jodols auf die Heilung tuberculöser Larynxgeschwüre bestätigt. [Münch. med. Wochenschr. 4, 1887.])

Laryngotomie von Dr. Jul. Boeckel. (Laryngotomie par le docteur Jules Boeckel.) (Mémoires de la société de médecine de Strasbourg, Tome XXIII, 1887.)

1) Tracheolaryngotomie wegen Papilloma, Heilung mit Fistel, Tod durch Haemoptysis wahrscheinlich tuberculöser Natur:

Eine 42jähr. Frau hat seit 17 Jahren Heiserkeit, Aphonie, Schlingbeschwerden, spontane Halsschmerzen, Husten, schleimigeitrigen Auswurf, Dyspnoe. Lunge und Herz normal. Starkes Larynxoedem, das nach Höllensteinbepinselung sich besserte und dann die Diagnose eines grossen, aus dem linken Ventrikel entspringenden Papilloms erlaubte. Tracheotomie während eines Erstickungsanfalles. Augenblickliche Erleichterung aller Symptome; es konnte nun Infiltration der rechten Lungenspitze nachgewiesen werden. In der Chloroformnarcose wurde die Canüle entfernt, eine Hohlsonde durch die Trachealöffnung in den Larynx eingeführt und auf dieser mittelst einer starken Scheere die Laryngotomie auf einmal gemacht. Blutung ziemlich bedeutend. Da durch das in die Trachea hinabfliessende Blut fortwährend Husten eintrat, wurde bei herabhängendem Kopfe operirt. In jede Schildknorperhälfte wurde ein Faden eingezogen und so die Entfernung beider Schildknorpelplatten bewirkt. Da die geringe Entfernung beider Platten die Exstirpation nicht gestattete, so mussten noch in derselben Schnittlänge Epiglottis und Membrana thyreohyoidea gespalten werden. Es gelang nun, die Geschwulst zu entfernen. Die Canüle wurde wieder eingelegt und über dieselbe ein starkes Drainrohr, um die Schildknorpelhälften auseinander zu halten und das Larynxinnere übersehen zu können. Die Heilung der Implantationsstelle ging nach mehrmaligem Touchiren mit Lapis hübsch von statten. Am 12. Tage wurde die Canüle entfernt. Es blieb eine Fistel zurück. 23 Tage später erlag Patientin einer hochgradigen Lungenblutung, nachdem in den vorhergehenden Tagen der Allgemeinzustand immer gesunken war.

Es handelte sich also nicht um einen echten Polypen, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach um jene bei Phthisis laryngea vorkommenden tuberculösen Vegetationen. R. glaubt, dass bei einfacher, symptomatisch ausgeführter Tracheotomie Patientin viel länger gelebt hätte.

2) Flach auf dem rechten Stimmbande aufsitzendes, den ganzen Larynx ausfüllendes Papillom; Tracheolaryngotomie, Heilung ad integrum:

Eine 27jährige Frau musste wegen Erstickungsanfällen tracheotomirt werden; die ersten Symptome hatten erst vor 6 Monaten begonnen. In derselben Sitzung wurde die Cartilago thyroidea blossgelegt und mittelst der Scheere gespalten; die Entfernung des Papilloms mittelst Scheere und Pincette gelang leicht; keine Blutung; die Larynxwunde wurde geschlossen und die Trendelenburg'sche Canüle in der Trachealwunde liegen gelassen. Die Heilung war vollständig und die Stimme intact.

3) Papillom des rechten Stimmbandes; Tracheolaryngotomie; Entfernung eines Stückes des rechten Stimmbandes; Heilung; Stimme nicht mehr normal:

Digitized by Google

Ein 16jähriger Knabe hat seit 6 Monaten ein Papillom des rechten Stimmbandes. Entfernung auf natürlichem Wege gelingt nicht und bringt Erstickungsgefahr. Dieselbe Operation, wie im vorhergehenden Fall, mit dem Unterschiede, dass ein grosses Stück des betreffenden Stimmbandes mit entfernt werden musste und dass demgemäss Stimmstörung zurückblieb.

4) Grosser Larynxpolyp; Tracheolaryngotomie; Tod am 9. Tage durch septische Pneumonie:

Ein 73jähriger Mann leidet seit 3 Monaten an einem Larynxpolyp; das Gewächs ist papillomatöser Natur und sitzt wahrscheinlich flach auf dem linken Stimmbande auf. Entfernung per vias naturales unmöglich und gefährlich. Laryngotracheotomie; Entfernung der Geschwulst. Da keine Tamponcanüle vorhanden war (!), floss viel Blut in die Trachea und Patient erlag am neunten Tage einer Pneumonie.

5) Flach aufsitzendes Larynxpapillom; Laryngotracheotomie; Heilung mit normaler Stimme; noch keine Recidive $4^1/_2$ Jahre später.

Ein 53jähriger Mann, sonst gesund, hat ein grosses, dem linken Stimmbande aufsitzendes Papillom; starke Dyspnoe macht die Tracheotomie nothwendig; gleich nachher wird die Laryngotomie mit Spaltung des Ligamentum hyothyroideum ausgeführt, je ein Seidenfaden durch die Schildknorpelplatten gezogen, der Tumor mit der Hohlscheere exstirpirt, die Basis mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Dr. P. K.

Polyp am untern Ende der Trachea. (Polype de la partie inférieure de la trachée.) Von Dr. Langlet. (Union médicale du Nord-Est, 1887, No. 4.)

Rauher Husten, Stimmlosigkeit, Erstickungsanfälle, laryngoscopischer Befund negativ. Tracheotomie bringt keine Erleichterung, weil die Canüle gar nicht bis an den Polypen gelangt; letzterer sitzt an der Theilungsstelle der Trachea. Tod. Dr. P. K.

Halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes. (Lancet, 5. März 1887.)

In der Medical Society of London stellte Lennox Browne einen 61jährigen Patienten vor, dem er 10 Wochen vorher wegen Epithelioms den halben Larynx herausgenommen. Die Sprache war leidlich gut.

Dr. M. Schm.

---

† Wilhelm Hack. †

Am 23. April d. J. kam von Freiburg aus die Trauerkunde, dass der Tod einem jungen, bedeutenden und noch viel verheissenden Leben ein jähes Ende bereitet habe.

Auf einer Vergnügungstour in das malerische Markgräflerland begriffen, wurde Wilhelm Hack, auf dem Dreirad sitzend, als Leiche aufgefunden. Eine Embolie in die Arter. coronar. cord. sin., von einer atheromatösen Stelle der Intima ausgehend, brachte dieses für alle medicinische Bestrebungen, speciell die Entwicklung der Rhinologie und Laryngologie, so glühend begeisterte Herz zum Stillstande.

Geboren zu Karlsruhe am 19. Juli 1851, bezog der 18jährige Wilhelm Hack, Herbst 1869, die Universität Heidelberg zum Studium der Medicin. Im Kriegsjahre 1870/71 sehen wir ihn in den Kriegs-Lazarethen als freiwilligen

Digitized by Google

Krankenpfleger so aufopfernd thätig, dass er durch die Verleihung von drei Kriegsdenkmünzen ausgezeichnet wurde; eine Verkürzung des rechten Beines machte es ihm zu seinem grossen Schmerze unmöglich, für Deutschlands Ehre das Gewehr in die Hand zu nehmen. 1872 bestand er in Marburg das Tentamen physicum und im Jahre 1874 zu Heidelberg das Staatsexamen.

Darauf ging er zur weiteren Ausbildung nach Wien, wo ihn namentlich der lebendige Vortrag und die plastische Darstellungskunst Hebra's und dessen reiches Krankenmaterial mächtig anregten und die hier in höchster Blüthe stehende Laryngologie unter von Schroetter, Störk und Schnitzler ihn zu einem eifrigen Jünger dieser so rasch aufstrebenden Disciplin machte, so dass ihm damals schon der Gedanke kam, Laryngologe von Fach zu werden.

Zurückgekehrt, wurde er Assistent am Hospital in Darmstadt und bald darauf klinischer Assistent Simon's in Heidelberg, nach dessen Tode er 1877 nach Freiburg übersiedelte, wo er unter Maas an der chirurgischen Klinik weiter wirkte. Im Jahre 1879 habilitirte er sich hier als Privatdocent für Chirurgie mit einer Schrift: „Ueber das Resorptionsvermögen granulirender Flächen". Er docirte Hautkrankheiten, Syphilis, Laryngologie und Rhinologie, namentlich warf er sich mit dem ihm eigenen Feuereifer auf die letzte, noch so sehr des Ausbaues bedürfende jüngste medicin. Disciplin. Seinen Beruf zum Laryngologen hatte er, wie er mir erzählte, erkannt, als es ihm nach unsäglichen Mühen gelungen war, einen kleinen, an der vordern Commissur der Stimmbänder sitzenden fibrösen Polypen endolaryngeal zu beseitigen, welchen interessanten und für die grosse Dexterität des Operateurs sprechenden Fall er in der Nummer 10 der Berliner klin. Wochenschrift 1878 publicirte.

Der 16. Juli 1884 brachte ihm die Ernennung zum ausserordentlichen Professor. Literarisch war Hack vielfach thätig und mit Vorliebe bearbeitete er hier wieder das Gebiet, auf welchem ihm die Medicin so Manches zu verdanken hat, das Gebiet der Laryngologie und die durch ihn so sehr geförderte Rhinologie. So kam es, dass seine rein chirurgischen Arbeiten nur wenige waren; ich erwähne dieselben kurz:

Ueber einen Fall von Hyperostose beider Felsenbeine, 1870; Beiträge zur Exarticulation des Fusses nach Syme (Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie, 15. November 1874); über instrumentelle Erweiterung des Mastdarms zu operativen Zwecken (v. Langenbeck's Archiv, B. XXI, Heft II, 1876); zur Casuistik complic. Schädelfracturen mit Gehirnverletzung (Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie, 1878) und die oben erwähnte Habilitationsschrift. In der Dermatologie, welcher er im Uebrigen ein lebhaftes Interesse entgegenbrachte, lieferte er, soweit mir bekannt, nur eine Arbeit: „Ueber oberflächliche Excoriationen der Zunge" in der Monatsschrift für pract. Dermatologie 1885, 1. Bd., Heft 2

Um so grösser ist seine schriftstellerische Thätigkeit in der Laryngologie und speciell der Rhinologie gewesen, und man darf es kühn behaupten, dass gerade Hack es war, welcher durch das lebendige Wort seiner Schriften diesen nur kümmerlich vegetirenden jüngsten Zweig der Medicin zum Keimen und bald zum Grünen und Blühen brachte.

Ich will dieselben chronologisch aufführen:

1) Ueber einen Fall endolaryngealer Exstirpation eines Polypen der vordern Commissur während der Inspirationspause (Berl. klin. Wochenschr. No. 10, 1878).

2) Ueber die mechan. Behandlung der Larynxstenosen (Volkmann's Samml. klin. Vorträge No. 152).

3) Ueber Kehlkopfhusten (Aerztl. Mittheil. aus Baden 1881, No. 11 u. 12).

4) Rhinoscopisches (Aerztl. Mittheil. aus Baden 1882, No. 6).

5) Reflexneurosen und Nasenleiden (Berl kl. Wochenschr. 1882, No. 25).

6) Ueber respirator. und phonator. Stimmritzenkrampf (Wiener medic. Wochenschrift 1882, No. 2, 3, 4, 5).

7) Ueber Hypertrophie der III. Tonsille. Vortrag, gehalten auf dem V. Oberrhein. Aerztetage, veröffentlicht in der Deutsch. med. Wochenschr. 1882, No. 41.

Digitized by Google

8) Neue Beiträge zur Rhinochirurgie (Wien. med. Wochenschr. 1882, No. 49 50, 51 — 1883, No. 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15).

9) Ueber neuralgische Begleiterscheinungen bei Pharynxkrankheiten. Vortrag, gehalten auf der 56. Versamml. Deutsch. Naturforscher und Aerzte in Freiburg 1883, publicirt in der Deutsch. med. Wochenschr. 1883, No. 42.

10) Ueber Varianten des physiologischen Kehlkopfbildes in der Festschrift der 56. Versamml. Deutsch. Naturf. und Aerzte zu Freiburg.

11) Beiträge zur Exstirpation der nasalen Schwellapparate (Deutsch. med. Wochenschr. 1884, No. 28).

12) Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber sowie zahlreicher verwandter Erscheinungen. (Erschienen bei Bergmann, Wiesbaden, 1884)

13) Riechen und Geruchsorgan, populäre Vorlesung, gehalten in Freiburg und Karlsruhe 1885. (Erschienen bei Bergmann, Wiesbaden, 1883.)

14) Ueber chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände. Vortrag gehalten in der 2. Sitzung des 4. Congresses für innere Medicin zu Wiesbaden (publicirt in der Berl. klin. Wochenschr. 1885, No. 21).

15) Catarrhus antumnalis und Heufieber (Deutsche med. Wochenschrift No. 9, 1886).

16) Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit. Vortrag, gehalten auf der XI. Wanderversammlung süd-westdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden, publicirt in der Deutsch. Medic. Wochenschrift 1886, No. 25.

Hatten schon die ersten rhinologischen Publicationen Hack's in der Berliner klinischen Wochenschr. 1882 (siehe No. 5 der oben aufgeführten Schriften) und die längeren Abhandlungen über dasselbe Thema in der Wiener Med. Wochenschrift 1882 und 1883 in der medicinischen Welt ein gewisses Aufsehen erregt, so steigerte sich dieses allerdings bei Vielen mit grossem Skepticismus gepaarte Interesse zu einer wahren Begeisterung, namentlich auch des interessirten Laienpublicums, als jene grössere bei Bergmann verlegte Arbeit Hack's, in der er so warm für die rhinochirurgische Behandlung gewisser Formen des Asthma's, der Migräne etc. eintrat, in die Oeffentlichkeit kam. Mit einer sehr reichen Casuistik ausgestattet, in fesselnder und eleganter Diction geschrieben, in geistreicher und fast spielend überzeugender Weise die beobachteten reflectorischen Vorgänge von pathologischen Zuständen des Naseninnern aus erklärend, von einem von der Neuheit und Eigenartigkeit des Erfahrenen und der Exactheit der Therapie begeisterten Verfasser der staunenden Welt übergeben, konnte es nicht fehlen, dass dieses Werk rasch seine Reise durch die Welt machte und den Namen seines Verfassers weit über die Grenzen des Vaterlandes hinaustrug, selbst über das Weltmeer bis hinein in die grasreichen Prairien des La Plata und die mit Dschungeln bedeckten Inseln des indischen Oceans. Von Nah und Fern, selbst aus Südamerika und Indien strömten die Patienten herbei, um von ihrem Heufieber, von Asthma oder Migräne befreit zu werden. Die Nase war mit einem Mal in den Vordergrund der medicinischen Bestrebungen gerückt. Von berufener und leider noch viel mehr von unberufener Seite wurde das Naseninnere ausgeräuchert. Aerzte, welche nie den Nasenspiegel zu gebrauchen gelernt, geschweige denn die viel schwierigere Untersuchung des Nasen-Rachenraums zu leisten verstanden, fühlten sich doch Mannes genug, mit der schleunigst angeschafften galvanocaustischen Batterie die Nase zu versengen, und

Digitized by Google

da der erhoffte Erfolg ausblieb, ausbleiben musste, so steinigte man den Propheten, welchem man kurz vorher ein begeistertes Hosianna zugerufen hatte. Diese kritiklose Begeisterung hat wohl keiner schmerzhafter empfunden, als Hack selbst. Oft hat er mir erklärt, dass er nichts mehr fürchte, als blinden Enthusiasmus. Er selbst setzte dann auch einen Dämpfer auf in jenem Vortrage auf dem IV. Congresse für innere Medicin, wo er die häufigen Misserfolge der rhino-chirurgischen Behandlung des Asthmas unumwunden zugab und vor zu grossen Erwartungen warnte.

Gewiss ist Hack der Vorwurf nicht zu ersparen, dass er diese Begeisterung theilweise selbst gross gezogen hatte. Seine Casuistik und der Erfolg der Eingriffe waren so glänzend geschildert, dass es kein Wunder nehmen durfte, dass man nun das Arcanum für so viele schwer zugängliche nervöse Leiden gefunden glaubte. Doch muss ich Hack mit aller Entschiedenheit gegen den Vorwurf in Schutz nehmen, als seien seine Angaben gefärbt, seine Erfolge nur Selbsttäuschung und Täuschung Anderer gewesen. Wer die einfache und streng wissenschaftliche Natur Hack's kannte, wer den Eifer sah, mit welchem er nach Wahrheit und Klarheit rang, welcher sich so schön in der für immer beachtenswerthen fleissigen Arbeit über die Varianten des physiologischen Kehlkopfbildes ausspricht, der wird diesen hin und wieder erhobenen Vorwurf von der Hand weisen müssen. Die Beobachtungen waren nach der damaligen Anschauung, welche wieder Hack's eigenste Idee war, richtig, die Erfolge die geschilderten, aber die Zeit der Beobachtung war zu kurz, eine Reihe der geheilten Fälle zeigte sich als Augenblickserfolge und immer wieder erneute Eingriffe brachten erst die eventuelle Heilung, oder diese blieb trotz aller Eingriffe aus. Das lag nun ja theilweise in dem Hack'schen Materiale, welches sich meistens aus auswärtigen, theilweise sogar transatlantischen Patienten zusammensetzte. Glücklich reiste der anscheinend geheilte Kranke ab, ohne später Kunde zu geben, und so wurde mancher Fall als definitiv geheilt registrirt, welcher später noch oft das Object eingehendster Behandlung anderer Specialisten bilden musste. Diesen Thatsachen verschloss sich Hack absolut nicht, wie er ja auch gern die Unhaltbarkeit seiner sogen. Schwellkörpertheorie und der als Accumulatoren für die Reflexe wirkenden vorderen Enden der unteren und mittleren Muscheln zugab und bald auch der allgemeinen Ansicht huldigte, dass von jeder krankhaft veränderten Stelle der Nase, des Nasen-Rachenraumes und des Rachens, wo sensible Nerven gereizt werden, Asthma, Migräne und das ganze Heer der reflectorischen Störungen ausgehen könne. Ist dieses auch weniger in seinen letzten Publicationen ausgesprochen, so kann ich diese der jetzt allgemeinen Ansicht conforme Meinung Hack's als dessen längerer Assistent nur bestätigen. Jedenfalls würde man dieses in dem leider unvollendet gebliebenen grösseren Werke über Nasenkrankheiten, welches Hack jetzt in Arbeit hatte, wiedergefunden haben.

Eine irrige Ansicht, welcher man häufig begegnet und gegen welche oft unbegründeter Weise Kritik geübt wird, ist die, Hack habe für sich die Ehre in Anspruch genommen, als der Erste die von der Nase ausgehenden krankhaften Reflexe beobachtet zu haben. Immer hat er anerkannt, dass lange vor ihm Voltolini, Haenisch, B. Fränkel, Schaeffer etc. auf dieses Factum hingewiesen. Doch durfte er mit

Digitized by Google

Recht das grosse Verdienst für sich in Anspruch nehmen, die von der Nase ausgehenden Reflexvorgänge und Krankheiten um eine ganze Reihe vermehrt und dieselben systematisch bearbeitet zu haben. Wieder und wieder hat er in Wort und Schrift dieses wichtige Capitel behandelt, und wenn heute die Rhinologie sich eine schon sehr geachtete Stellung unter den medicinischen Zweigwissenschaften errungen hat und wenn rhinologische Fragen die eifrigste Discussion bedeutender medicinischen Gesellschaften bilden, wenn sich die rhinologische Literatur colossal vermehrt hat, so ist dieses sicherlich nicht zum geringsten Theile Hack zu verdanken.

Einer späteren Zeit mag es vorbehalten bleiben, die Verdienste dieses bedeutenden Mannes ganz zu würdigen.

Mir und so vielen Anderen, die ihn näher gekannt, war er mehr als der anregende Lehrer und der geniale Forscher, uns war er der theilnehmende, stets hilfbereite treue Freund, einfach in seinem Wesen, von gewinnender Herzlichkeit, begeistert für alles Schöne, was Kunst und Wissenschaft hervorgebracht.

Seiner Gattin, welche er so jung und schon so früh verlassen musste, war er der liebendste Gatte, seinen kleinen Kindern der beste Vater, im Ganzen ein ganzer Mann.

So lange die Rhinologie und Laryngologie bestehen werden als Wissenschaften, so lange wird man Wilhelm Hack in Ehren halten.

Dr. Keimer, Düsseldorf.

Inhalt.

I. Originalien: Gruber: Ueber das Vorkommen grünen Eiters im Ohre. — Strauch: Untersuchungen über einen Micrococcus im Secret des Nasenrachenraumes. — Hopmann: Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen? — Kayser: Ein Fall von Fremdkörper im Kehlkopf. — Strübing: Ludwig Mende und seine Beziehungen zur Laryngologie. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Brunner: Ueber Morbus Ménière. — Ray: Ruptur beider Trommelfelle durch Fall auf den Kopf. — Williams: Best form of Boracic Acid for Use in the Ear. — Williams: Sudden and Total Deafness a Symptom of Cerebro-Spinal Meningitis. — b) Pharyngo-laryngologische: Moure: Betrachtungen über Pharyngitis sicca sive atrophica. — Wells: Erysipel des Pharynx. — Corfield: Kohlengas als Ursache von Halsentzündungen. — Farlow: Fälle von sichtbar pulsirenden Arterien an der Hinterwand des Pharynx. — Donald: Ein neues Uvulotom. — Clarke: Blutcyste der Zunge. — Butlin: Sarcom der Zunge, Entfernung der halben Zunge, Bemerkungen. — Dupré: Ein Fall von Phlegmone der Regio suprahyoidea. — Gevaert: Diphtheritischer Croup, Tracheotomie. — Coats: Hypertrophischer Kropf mit secundären Knoten im Schädelknochen. — Mouillot: Ueber Ausbruch einer Diphtheritis-Epidemie. — Jaeger: Bericht über einige Fälle von Kropf. — Shelswell: Fälle mit Neigung zu Blutungen bei Myxoedem. — Henschen: Laryngitis hypoglottica hypertrophica. — Morgan: Erkrankung der Bursa pharyngea. — Eichberg: Ueber die O'Dwyersche Intubation des Larynx. — Waxham: Modificationen am O'Dwyer'schen Intubationsapparat. — Anderson: Intubation und Tracheotomie. — Pollard: Drei Fälle, welche die Schwierigkeiten verdeutlichen, die natürliche Athmung nach dem Luftröhrenschnitt herzustellen und ihre Behandlung durch die Catheterisation der Luftröhre. — Delavan: Ein Fall von Erysipel der oberen Luftwege. — Lublinski: Ueber die Localbehandlung der Larynxtuberculose. — Laryngotomie von Dr. Boeckel. — Langlet: Polyp am untern Ende der Trachea. — Browne: Halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes. — Keimer: Wilhelm Hack †.

Die **otologischen** Beiträge und Referate beliebe man fortan an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, die **pharyngo-laryngologischen** dagegen an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, Juli 1887.** **No. 7.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Beitrag zur anatomischen Präparation des häutigen Labyrinthes.

Von

Dr. **L. Katz** in Berlin.

(Aus dem physiol. Institut; Abtheilung für Microscopie.)

Unter verschiedenen Versuchen, das häutige Labyrinth in toto und situ zur Anschauung zu bringen und besonders ein gutes Uebersichtsbild zu gewinnen, hat sich mir ein einfaches Verfahren als so zweckdienlich erwiesen, dass ich es nicht unterlassen will, dasselbe den Herren Collegen zu empfehlen:

Ein frisches Felsenbein oder noch besser ein älteres Spiritus-Präparat, welches von allen, für unseren Zweck **unnöthigen Knochentheilen befreit** ist, wird in eine 15—20procentige Salzsäure-Lösung gebracht. Bei kindlichen Felsenbeinen genügt eine 8—12procentige Salzsäure-Lösung, bei sehr festen, mit starker Corticalis versehenen Felsenbeinen Erwachsener dagegen muss die Säure noch concentrirter, etwa bis 25 pCt., angewendet werden. Ist der Knochen bis zur Schnittfähigkeit entkalkt, was nach etwa 6 bis 8 Tagen der Fall ist, so setze man zu dieser Mischung sofort 10—15 pCt. reiner Salpetersäure hinzu, welche nach 8—14 Tagen die gesammte Corticalis in eine weiche, leicht abziehbare, die Spongiosa

Digitized by Google

in eine gallertartige Masse verwandelt, in der man bei vorsichtiger Präparation unter Wasser mit der Präparirnadel und dem Pinsel die unversehrte Schnecke, den Vorhof und die halbzirkelförmigen Canäle zu Gesicht bekommt. Da die Nerven und grösseren Gefässe durch diese Methode nicht zerstört werden, so gelingt es, auffallend schöne Uebersichtsbilder zu gewinnen. Besonders die Lage der Schnecke in Beziehung zum Facialis und seiner Zweige, zum Nerv. vestibuli, zur Carotis interna gelangt zu sehr instructiver Anschauung. Ohne Zweifel übt der Zusatz der Salpetersäure einen erhärtenden (coagulirenden) Einfluss auf die häutigen, eiweisshaltigen Gebilde, Gefässe etc., und nur so kann ich mir die vollständige Erhaltung derselben erklären.

Bei der Darstellung der so zierlichen und complicirten häutigen Organe kommt es auf grosse Sorgfalt beim Präpariren unter Wasser an, sonst ist die Orientirung nicht leicht und die Gefahr, die Gebilde (besonders die halbzirkelförmigen Canäle und den Utriculus) aus dem Zusammenhang zu reissen, schwer zu vermeiden. Nachdem von dem Knochen so viel übrig gelassen ist, um den Zusammenhang der Theile zu erhalten, bringt man das Präparat in eine 0,2 procentige Chromsäure-Lösung, worin dasselbe aufbewahrt werden kann.

Ich habe mehrere dieser Präparate einer Reihe von Collegen gezeigt, welche derartig gute Uebersichtsbilder des Labyrinths noch nicht gesehen zu haben behaupteten. Zum Zweck der Demonstration muss das Präparat in der Lösung herumschwimmen, sonst verschieben sich die Theile sehr leicht. Ich bin der Ansicht, dass die so gewonnenen Präparate manchen Vortheil vor den sonst so instructiven Abguss-Präparaten (Wachs, Paraffin, Celluidin etc.) gewähren.

Hinzufügen möchte ich noch, dass zur feineren microscopischen Untersuchung (beispielsweise des Corti'schen Organs) die so gewonnenen Präparate von mir natürlich nicht benutzt worden sind, und dass ich für diesen Zweck die bekannte Waldeyer'sche Methode, also zunächst Erhärtung in Chromsäure und in Osmiumsäure und dann allmählige Erweichung durch schwache Salpetersäure nach vorhergehender Eröffnung der Schnecke, für sehr brauchbar halte.

Von kleineren Thieren und Affen habe ich bei Herrn Prof. Fritsch hierselbst eine Reihe ganz vorzüglicher Präparate vom Corti'schen Organ gesehen, welche derselbe nach vorhergehender Erhärtung durch Behandlung mit Chlorpalladium und ca. 2 procent. Salzsäure-Lösung gewonnen hat.

Ueber das Vorkommen grünen Eiters im Ohre.

Von

Prof. Dr. **Josef Gruber.**

(Schluss aus No. 6.)

Der Bacillus pyocyaneus, als welcher also der in dem grünen Eiter meines Kranken gefundene Bacillus mit Sicherheit erkannt wurde, zählt zu den pigmentbildenden Microben, von welchen die Bacteriologen behaupten, dass er wohl dem Eiter die eigenthümliche Farbe verleiht, dass er jedoch die Heilung einer Wunde nicht zu beeinträchtigen vermöge;

Digitized by Google

„es kommen ihm keine toxischen oder für den Organismus infectiösen Eigenschaften zu"*).

Da vom Bacillus pyocyaneus weiters angegeben wird, dass er dem Eiter eine grünblaue Färbung verleihe, so liegt es sehr nahe, dass der von Zaufal gesehene „blaue Eiter" ebenfalls den Bacillus pyocyaneus enthalten haben dürfte. Eine Verwechselung war ja möglich, da der Bacillus pyocyaneus, welcher von Gessard erst im Jahre 1882 genauer beschrieben wurde, zur Zeit, als der Aufsatz von Zaufal erschien, noch gar nicht gekannt war. Wenn ich die Erscheinungen, wie sie der von mir beobachtete Fall bot, mit denen vergleiche, welche der Fall Zaufal's zeigte, ergiebt sich in beiden das Zusammentreffen einer Otitis externa mit dem Vorhandensein der Bacillen; ja, was mehr, Zaufal gelang es in 5 Fällen 3 Mal, durch Uebertragen des blauen Eiters die Symptome einer Otitis externa diffusa hervorzurufen. Diese Beobachtungen stimmen aber nicht mit den Angaben der Bacteriologen, welche, wie wir früher gehört haben, dem Bacillus pyocyaneus pathogene Eigenschaften absprechen.

All' das bestimmte mich, die Versuche von Zaufal zu wiederholen, und ich nahm mir vor, dieselben in grösserem Umfange auszuführen.

Zunächst wollte ich nun die Versuche ganz so durchführen, wie sie Zaufal machte; wenngleich ich daran denken musste, dass diese Art des Experimentirens kein unanfechtbares Resultat zu liefern vermag.

Einem robusten Manne, bei welchem durch eine chronische eitrige Mittelohrentzündung das Trommelfell total zerstört, Hammer und Amboss exfoliirt wurden, brachte ich zwei kurze Fäserchen von dem aus dem Gehörgange meines Kranken entfernten, tingirten Wattepfropfe an die hintere Wand des Gehörganges, nachdem derselbe vorher mit Carbolwasser gut gereinigt wurde. Ich verschloss darauf den Gehörgang fest mit einem reinen Wattepfropf und gab dem Kranken den Auftrag, nichts weiter zu unternehmen.

Am nächsten Tage kam der Kranke nun wieder; er gab an, keine unangenehmen Empfindungen im Ohre verspürt zu haben. Der Pfropf wurde jetzt aus dem Gehörgange entfernt und er erschien, soweit er mit den Wandungen des Gehörganges in Berührung war, in seiner ganzen Dicke schön smaragdgrün gefärbt und etwas feucht. Auch die Wände des Gehörganges zeigten eine grünliche Färbung, von aufgelagertem Exsudate herrührend. Einen fast ganz gleichen Befund machten wir bei dem Kranken, dessen Gehörgang mit frischer, reiner Watte verstopft wurde, auch am nächsten Tage, und auch an diesem gab der Kranke auf ganz besonderes und eindringliches Befragen an, keine unangenehmen Empfindungen im Ohre zu verspüren. Der tingirte Pfropf wurde wieder gegen einen reinen umgetauscht.

Am nächsten Tage, also am dritten Versuchstage, war das Bild sehr verändert. Der Kranke gab jetzt an, ziemlich heftige Schmerzen in seinem Ohre zu verspüren, welche Abends vorher auftraten und ihn nicht mehr verliessen.

In der That zeigten sich jetzt, nach Entfernung des wieder stark tingirten Pfropfes, die Weichtheile des Gehörganges, besonders an der

*) Vergl. Lehrbuch der allgem. pathol. Anatomie von Prof. Dr. F. v. Birch-Hirschfeld. 1886. S. 434.

Digitized by Google

hinteren Wand, stark geröthet, geschwollen, bei Berührung schmerzhaft. Die Schleimhaut der Trommelhöhle nicht mehr als früher afficirt: wir hatten die Erscheinungen der beginnenden Otitis externa vor uns.

Wir liessen dem Kranken eine Morphinsalbe in der Umgebung des Ohres einreiben und gaben ihm die Weisung, im Nothfalle kalte Umschläge in der Umgebung des Ohres zu machen.

Bei seinem nächsten Besuche am folgenden Tage zeigte sich der Pfropf etwas weniger tingirt, an der hinteren Wand des Gehörganges hatte sich ein kleiner Abscess gebildet, welcher sich noch am selben Tage entleerte. Von da an liess auch der Schmerz nach und schwand in den folgenden drei Tagen ganz. Der Baumwollpfropf, womit der Gehörgang verstopft war, zeigte sich sehr wenig tingirt. In welcher Zeit die grüne Färbung gänzlich schwand, kann ich nicht angeben, da ich den Kranken seit jener Zeit nicht mehr zu Gesicht bekam.

Ich habe also in diesem Falle thatsächlich wenige Tage nach dem Auftreten des durch Uebertragung erzeugten grünen Eiters, so wie Zaufal, die Erscheinungen der Otitis externa beobachtet. Von jedem weiteren Experimente am Menschen beschloss ich aber abzustehen, da mir zufällig der folgende Fall in Behandlung kam.

Emma Marusinsky, 24 Jahre alt, Dienstmädchen, wurde am 24. Mai l. J. von der Krankenabtheilung des Herrn Prof. von Schrötter, wo sie angeblich an einer Halsentzündung behandelt wurde, da sie über heftige Schmerzen in den Ohren und über Schwerhörigkeit klagte, an meine Klinik gewiesen. Wir fanden die Erscheinungen eines beiderseitigen Mittelohrcatarrhs mit serösem Exsudate in den Trommelhöhlen bei gleichzeitiger Angina tonsillaris. Therapie: Luftdouche, Gurgelwasser. An dem nächsten Tage hatte die Mittelohrentzündung links bedeutend abgenommen, rechts hatte sie sich gesteigert und musste wegen profusen Exsudates die Paracentese gemacht werden, worauf die Kranke Erleichterung fühlte, die auch am nächsten Tage bei mässiger Otorrhoe anhielt.

Tags darauf jedoch kam die Kranke weinend, klagte über fürchterliche Schmerzen in der entsprechenden Kopfhälfte und fieberte.

Der rechte äussere Gehörgang zeigte sich durch Schwellung seiner Weichgebilde verengt, das Lumen mit smaragdgrünem Eiter erfüllt. Die geringste Berührung verursachte der Kranken heftige Schmerzen. Kein Zweifel, wir hatten es wieder mit grünem Eiter zu thun. Es wurde der Gehörgang alsogleich mit Carbolwasser ausgespritzt und Acid. boracicum-Lösung eingeträufelt. All' das verhinderte nicht, dass die Entzündung in den Gebilden des Gehörganges sich weiter steigerte; es kam unter vielen Leiden der Kranken zur Bildung eines grossen Abscesses an der oberen Wand des Gehörganges, welcher eröffnet werden musste, und aus welchem sich eine bedeutende Quantität Eiters entleerte, der selbst wieder grün gefärbt war, doch nicht so intensiv, wie der freie Eiter im Gehörgange. Von jetzt an fühlte sich die Kranke besser und auf die fortgesetzte Borsäurebehandlung schwanden die Erscheinungen im Verlaufe weniger Tage.

Auch mit dem Eiter dieser Kranken wurden Culturversuche gemacht, und es ergab sich, dass wir es wieder mit Bacillus pyocyaneus zu thun hatten. Erwähnen möchte ich noch, dass diese Kranke mit dem früheren

Digitized by Google

in gar keine Berührung kam, dass aber, einer mir gewordenen mündlichen Mittheilung zu Folge, zur selben Zeit im allgemeinen Krankenhause auf einer chirurgischen Station mehrere Fälle mit grünem Eiter vorkamen.

Ich kann nicht behaupten, dass es der von den Bacteriologen als nicht pathogen erklärte Bacillus pyocyaneus war, welcher diese heftigen Entzündungserscheinungen hervorbrachte; denn es wäre ja möglich, dass neben diesen Bacterien noch andere Infectionsstoffe schon vorhanden waren, oder auch übertragen wurden, welche die Entzündung erzeugten; immerhin scheint mir der weitere Versuch nur an Thieren gestattet. Ich habe dieselben eingeleitet, und werde mir erlauben, falls ich zu einem wissenswerthen Resultate komme, dasselbe in dieser Zeitschrift mitzutheilen.

Untersuchungen über einen Micrococcus im Secret des Nasenrachenraumes*).

Von

Dr. **Paul Strauch**, pract. Arzt in Herrnstadt in Schlesien
(ehemaliger Assistenzarzt an der laryngo-rhinologischen Klinik des Herrn Prof. Hack zu Freiburg i. B.).

(Schluss aus No. 6.)

Die microscopische Untersuchung der oberflächlichen, sowie der tiefen Colonien ergab dementsprechend, dass man fast eine Reincultur des fraglichen Diplococcus vor sich hatte; doch es waren immer einige kurze, dicke Stäbchen mit abgerundeten Ecken darunter. Wenn dieser Bacillus jedoch auch nur schlecht mit dem Diplococcus auf diesem Nährboden concurriren konnte, so war er ihm ein desto treuerer Begleiter. Erst nach einer Reihe von Ueberimpfungen gelang es, auf den Platten zwei verschiedene Arten von Colonien zu unterscheiden, von denen die einen grau-weissen, den früher fälschlich für Reinculturen genommenen ganz ähnlich sahen, die anderen aber entschieden gelblicher gefärbt waren. Die letzteren waren bei Weitem in der Minderzahl. In ihnen überwog das Stäbchen an Anzahl die Coccen, doch waren es noch keine Reinculturen desselben. Von den grau-weissen Colonien wurden wiederum Plattenculturen hergestellt, die sich dann als Reinculturen des zu untersuchenden Diplococcus erwiesen.

Die Reinculturen zeigen oberflächliche und tiefliegende Colonien, welche beide die Gelatine nicht verflüssigen. Sie wachsen schnell. Die oberflächlichen erreichen in 8 Tagen einen Durchmesser von 3,0—4,0 Mm., während die tiefliegenden höchstens bis zu 1,0 Mm. auswachsen. Die oberflächlichen Culturen haben eine opake, grau-weisse Farbe und sind mehr oder weniger rund, mit leicht ausgeschweiftem oder gezacktem Rand. Sie zeigen, wenn sie älter sind, alle eine deutliche kleine Delle in der Mitte und häufig noch einen etwas vertieften concentrischen Ring. Die tiefliegenden Culturen sind in ihrer Färbung gelblicher, scharf begrenzt, rund, eiförmig oder oval. Gelangen sie durch Wachsthum an die Oberfläche, so wachsen sie zu einer oberflächlichen Cultur aus, der dann die

*) **Berichtigung.** Im ersten Theile dieses Aufsatzes (No. 6 der Monatsschrift) ist pag. 150, 2. Zeile von unten: Rosenbach statt Rosenberg zu lesen.

Digitized by Google

tiefliegende als kleines Halbmondchen anliegt. Die Gelatine hellt sich in der Umgebung der Culturen auf 2—3 Mm. auf.

Untersucht man die Culturen mit schwacher, 80—100facher Vergrösserung, so zeigt sich ein ganz characteristisches Bild. Die oberflächlichen haben nämlich die Gelatine an ihrem Rande ganz seicht in einem kleinen Umkreise usurirt, so dass man eine buchtige, zackige Umwallung die Cultur umgeben sieht. Diese selbst ist von gelblicher Farbe, in ihrer Mitte und an der Stelle des vorhin erwähnten vertieften Ringes etwas heller, d. h. für das durchfallende Licht leichter durchgängig. Stellt man das Microscop recht scharf ein, so erscheint es, als ob das Ganze ein dicht verfilzter Knäul gekräuselter Wollfäden wäre. Wellig geschlängelt, sich immer wieder deckend, bald mehr bald weniger scharf conturirt, ziehen die Fäden scheinbar völlig verworren durcheinander. Bei längerer Betrachtung kann man jedoch eine gewisse radiäre Anordnung derselben nicht verkennen. Dem entsprechend sieht man ganz dünne Fädchen geschlängelt, aber immer mehr oder weniger radiär in die hellglänzende Umwallung, welche die usurirte Gelatine bildet, ausstrahlen. Am deutlichsten ist die Zeichnung in den dunkleren Parthien zu erkennen.

Die in der Tiefe liegenden Culturen haben auch unter dem Microscop eine scharfe Umrandung, sind in der Mitte bräunlich und zeigen am Rand einen Kranz radiär gestellter, spitzer Zacken von hellgelber Farbe, die in einen hellen weisslichen Ring, der wohl der Ausdruck der veränderten Gelatine ist, ausstrahlen. Culturen, die sich zuerst in der Tiefe entwickelten, dann an die Oberfläche heraufwuchsen, zeigen ein entsprechendes Bild. Das oberflächlich Gewachsene zeigt die angegebene, characteristische Zeichnung; der oben erwähnte anliegende Halbmond gleicht den tiefliegenden Culturen, deren Strahlenkranz er deutlich wahrnehmen lässt; er geht in einen dunklen, rundlichen Fleck in der oberflächlichen Cultur über, welcher der Ausdruck des unter der oberflächlichen Cultur gelegenen Theiles der tiefliegenden ist.

Wurden von den Plattenculturen wieder Stichculturen angelegt, so war schon am 3. Tage ganz deutlich, den Stichcanal entlang, ein grauweisser, reifartiger Belag zu bemerken, und um die Einstichstelle bildete sich ein opaker, perlgrauer, flacher Belag mit welliger Oberfläche und leicht gezackten Rändern. Die Gelatine wurde nicht verflüssigt. Nach 8 Tagen war der reifartige Ueberzug zu kleinen weissen Knötchen herangewachsen, die dicht gedrängt dem Stichcanal ansassen. Allmählich bekamen dieselben eine mehr gelbliche Färbung.

Brachte man diese Gelatine-Stichculturen in den Brütofen, der auf Körpertemperatur erwärmt gehalten wurde, so zeigte sich nach 8 Tagen auf dem Boden des Reagensglases ein dünner grauer Belag. Die übrige Gelatine war frei und unverändert. Dieser Belag bestand, wie die microscopische Untersuchung ergab, aus dem geimpften Coccus. Aber die Coccen waren merkwürdig klein geblieben; sie hatten kaum die Grösse der Gonococcen erreicht. Mit Vorliebe hatten sie sich in Ketten zusammengelegt, manchmal so gradlinig, dass lange Fäden vorgetäuscht wurden. Die auffallend geringe Grösse der einzelnen Individuen liess vielleicht schliessen, dass die erhöhte Temperatur ihrem Wachsthum hinderlich sei, was sich dann auch durch andere Versuche bestätigen liess.

Digitized by Google

Diese Versuche wurden mit Blutserum und Agar-Agar angestellt. Auf Blutserum, welches man im schiefgestellten Reagensglase hatte erstarren lassen, wurde mit ausgeglühtem Platindraht, der mit einer Coccen-Reincultur inficirt war, ein Strich gezogen. Ein Reagensglas wurde in den Brütofen gebracht, das andere blieb im Zimmer. Nach 3 Tagen konnte man auf Letzterem, dem Impfstrich entlang, einen grauen Streifen erkennen, während bei der Brütofen-Temperatur nur so viel gewachsen war, dass ein solcher eben angedeutet war. Auch in den folgenden Tagen blieb die Brütofencultur hinter der anderen zurück. Verflüssigt wurde die Nährsubstanz in keinem Fall.

Der zweite Versuch wurde mit Agar-Agar angestellt. Dieses war ebenso in ein Reagensgläschen ausgegossen, wie das Blutserum. Der Coccus wurde darum durch Strich über die Oberfläche darauf geimpft. Auch dieser Nährboden wurde von den Micrococcenculturen nicht verflüssigt. Ihrem Gedeihen zeigte er sich sehr günstig. Bei Zimmertemperatur war nicht nur entlang des Impfstriches innerhalb drei Tagen ein breiter grauer Belag gewachsen, sondern, von diesen ausgehend, hatten sich die Coccencolonien dendritisch fast über die ganze Oberfläche der Nährsubstanz verbreitet. Der Belag war grau-weiss, opak, etwas erhaben und mit glatten, leicht gebuchteten Rändern eingefasst. Bei Brütofentemperatur war in der gleichen Zeit nur dem Impfstrich nach ein grauer Belag gewachsen, der im Uebrigen dasselbe Aussehen hatte, wie die andere Cultur. Es bestätigte sich also wiederum, dass die Zimmertemperatur dem Wachsthum der Culturen günstiger war, als die im Brütofen herrschende Körpertemperatur. Von besonderer Wichtigkeit war es, Culturen auf sterilisirten Kartoffeln wachsen zu lassen, da es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um einen Luftcoccus handelte, und diese auf Kartoffeln mit ganz characteristischer Farbe vom Weiss und hellen Gelb bis zum schönsten Roth zu wachsen pflegen. Dieses letztere war allerdings nicht der Fall, sondern es entstand auf den Kartoffeln ein schmieriger, glänzender, gelb-grauer Belag, der in 3 Tagen bei Zimmertemperatur zu Zwanzigpfennigstückgrösse auswuchs. Im Brütofen war er in der gleichen Zeit nur eben sichtbar geworden. Die Kartoffeln wurden bräunlich, am Rande auch schwarz-blau verfärbt. In einem Falle, wo die Zimmertemperatur ausnahmsweise niedrig war, kam es nicht zur Bildung eines schmierigen Belages, sondern es wuchsen nur hellgraue isolirte Knötchen von Hirsekorngrösse und darunter, die nur die Mitte der Kartoffel einnahmen, hier aber sehr dicht gedrängt standen. Sie hatten eine sammetartige, leicht granulirte Oberfläche und confluirten nicht. Sie entwickelten sich auch nicht weiter, als die Zimmertemperatur erhöht wurde. Die freie Oberfläche der Kartoffel verfärbte sich, wie in den anderen Fällen, tief bräunlich und blau-schwarz.

Um den Coccus auch lebend beobachten zu können, wurde er im hängenden Tropfen untersucht. Die Nährflüssigkeit war sterilisirte Bouillon. Diese Culturen bewiesen am schlagendsten, dass man es mit einem Diplococcus zu thun hatte. Einzelne Coccen wurden nicht beobachtet, sondern die Coccen lagen zu je zwei semmelförmig aneinander, häufig war das Verbindungsstück etwas gestreckt, so dass man die Figur vielleicht mit einer Hantel mit kurzem Mittelstück hätte vergleichen können. Hierdurch wurden die Diplococcen Bacterien mit kolbig ver-

Digitized by Google

dickten, abgerundeten Enden nicht ganz unähnlich. Diese Aehnlichkeit trat noch mehr hervor, wenn zwei Coccenpaare mit ihren schmalen Enden, wie es häufig der Fall war, sich aneinanderlegten. Man glaubte dann eine Stäbchenreihe zu sehen, doch konnte man an der Lichtintensität immer erkennen, dass nicht gleichartig lichtbrechende Bacterien, sondern eine Reihe von Coccen, die als helle Punkte hervortraten, das Stäbchen bildete.

Auffallend war es, dass die Coccen, obgleich sie die Nährgelatine nicht verflüssigt hatten, wie es bewegliche Microorganismen zu thun pflegen, nicht ganz bewegungslos waren. Allerdings konnte man eine Ortsbewegung fast gar nicht wahrnehmen; doch war das Rotiren um ihre eigene Axe ziemlich rasch und ausgiebig. Auch erfolgten diese Bewegungen, obgleich immer erst nach einer Pause, doch nicht allzu selten, so dass man immer im Gesichtsfeld abwechselnd an verschiedenen Stellen Bewegung wahrnehmen konnte. Dabei veränderten jedoch die beiden Coccen, welche zusammen einen Diplococcus bildeten, ihre Stellung zu einander nicht. Dies war auch der Fall, wenn zwei oder mehrere Diplococcen sich zu einem stäbchenartigen Gebilde zusammengelegt hatten. Es war nämlich dann nur eine Abknickung des Stäbchens zwischen je zwei Diplococcen zu beobachten.

Da die Coccen bei den anderen Versuchen sich wesentlich verschieden bei Zimmertemperatur und im Brütofen entwickelt hatten, so wurden auch Präparate mit Culturen im hängenden Tropfen in den Brütofen gebracht, der wiederum auf Körpertemperatur erwärmt war. Dabei zeigten sich ebenfalls Unterschiede in der Entwickelung, die den früher wahrgenommenen ganz analog waren und die früheren Beobachtungen wesentlich stützten. Bei Zimmertemperatur vermehrten sich die eingeimpften Coccen weit rascher, als im Brütofen und erreichten eine bedeutendere Grösse. Ferner besassen diese eine weit grössere Energie in ihren Bewegungen, die auch viel häufiger ausgeführt wurden; denn, während bei ihnen das Gesichtsfeld fast nie ganz ruhig war, sondern stets hier oder da ein Coccus sich bewegte, oft sogar ganze Parthieen in ein leichtes Wogen geriethen, konnte man bei den Präparaten, die im Brütofen gestanden hatten, nur von Zeit zu Zeit vereinzelte Bewegungen wahrnehmen, die auch verhältnissmässig langsamer und weniger ausgiebig waren, als bei den anderen Präparaten. Dass die oben erwähnte Aneinanderlagerung zweier oder mehrerer Diplococcen bei den Brütofenpräparaten häufiger war, konnte ich nicht finden, obgleich bei der Untersuchung der Gelatine-Culturen, die bei Körpertemperatur gewachsen waren, diese Thatsache in die Augen springend war.

Schliesslich bleibt noch eine wesentliche Frage in der Biologie des Microorganismus offen, nämlich die: „Ist derselbe pathogen oder nicht?“

Um dieses zu ermitteln, wurde eine Stichcultur, die den Diplococcus rein enthielt, in sterilisirter Bouillon verflüssigt und Mäusen subcutane Injectionen gemacht, und zwar bekam die erste zwei Zehntel, die zweite drei Zehntel, die dritte — schwächste — fünf Zehntel einer Pravazspritze unter die Haut des Oberschenkels eingespritzt. Zunächst wurde der Versuch mit einer bei Zimmertemperatur gewachsenen Reincultur angestellt. Die Maus, welche drei Zehntel eingespritzt bekommen hatte, starb

Digitized by Google

nach 8 Tagen. Es war eine Entzündung der Nieren vorhanden, die wohl die Todesursache war. Da aber weder im Abstrichpräparat von der Niere, noch im Blute die Coccen nachzuweisen waren, so war die Nephritis wohl nicht von diesen veranlasst. An der Injectionsstelle war allerdings ein abgesackter Abscess und in dessen Umgebung eine leichte Entzündung. Im Abscess waren reichlich Coccen vorhanden, doch der Saft sämmtlicher Organe, der Milz, Leber, Lunge, sowie der der Lymphdrüsen war frei von ihnen. Die übrigen Mäuse blieben gesund.

Da die Vermuthung nahe lag, dass der Unterschied der Temperatur, bei der die Coccen gewachsen waren und in die sie durch die Injection gebracht wurden, vielleicht ihre pathogenen Eigenschaften abschwäche oder gar aufhebe, so wurde ein weiterer Versuch mit einer Cultur gemacht, die im Brütofen allmählig zu Körpertemperatur gezüchtet war. 3 Mäuse wurden in gleicher Weise geimpft, wie die früheren. Sie blieben acht Wochen lang am Leben, ohne Krankheitserscheinungen zu zeigen.

Ferner wurde einem Meerschweinchen in jeden Oberschenkel eine Pravazspritze einer Reincultur subcutan eingespritzt. Es blieb 4 Wochen lang gesund, dann ging es, wie die Section ergab, an einer intercurrenten Pneumonie zu Grunde. Der Coccus liess sich nirgends mehr nachweisen, auch die Injectionsstellen waren ausgeheilt.

Aus den angestellten Versuchen ergiebt sich wohl zur Genüge, dass der Coccus für die untersuchten Thiere nicht pathogen ist.

Durch das Geschilderte ist die Biologie des untersuchten Coccus im Wesentlichen klar gestellt und es erübrigt nur noch, festzustellen, ob der Coccus mit irgend einem der bis jetzt gekannten Microorganismen identisch ist.

Wenn wir den Micrococcus in die Systematik der Microorganismen einreihen sollen, so gehört er zunächst zu den weder für Mensch noch Thier pathogenen Micrococcen. Ferner verflüssigt er die Nährgelatine nicht. Die Colonien auf Gelatine muss man noch als weiss bezeichnen, und kann wohl sagen, dass sie ziemlich rasch und üppig wachsen. Hält man schliesslich die Diplococcenform für wesentlich, so kommen dann bei der Differentialdiagnose nach Flügge's Tabellen nur der Micrococcus lacteus faviformis, der Micrococcus albicans amplus und der Diplococcus albicans tardissimus in Betracht.

Mit diesem letzteren, der aus Harnröhreneiter gezüchtet ist, kann der untersuchte Coccus nicht identisch sein, da sein Wachsthum überhaupt ziemlich schnell ist, und bei Zimmertemperatur noch bedeutender, als bei Körpertemperatur, was bei jenem sich umgekehrt verhält.

Die Angaben in Betreff des Micrococcus albicans amplus (von Bumm im Vaginalsecret gefunden) sind zu unbestimmt, als dass man die Identität beweisen könnte, wenn auch keine wesentlichen Unterschiede vorhanden sind. Der Micrococcus lacteus faviformis, der aus Sputum, Vaginal- und Cervicalsecret gezüchtet wurde, hat vor dem untersuchten Coccus voraus, dass die Präparate aus Culturen ein eigenthümlich „bienenwabenartiges" Aussehen bekommen, was hier nicht beobachtet werden konnte. Uebrigens sind die Gelatine-Culturen des zu bestimmenden Coccus auch nicht milchweiss, sondern entschieden grau-weiss gefärbt. Hiernach kann man wohl den Coccus unter keine der bekannten Diplococcenarten rechnen.

Digitized by Google

Würde man die Diplococcenform als unwesentlich unberücksichtigt lassen, was man wohl nicht, ohne sich einen gewissen Zwang aufzuerlegen, thun kann, so käme noch der Micrococcus candidans und der Micrococcus cereus albus in Betracht.

Der erstere wächst, wie der untersuchte Coccus, in oberflächlichen und tiefliegenden Culturen. Die oberflächlichen werden als rein milchweiss bezeichnet, was allerdings in unserem Falle nicht behauptet werden kann, und besitzen ferner eine fein granulirte Oberfläche, während andererseits ein ganz characteristisches Bild, welches oben geschildert und mit einem Knäul welliger Fäden verglichen wurde, sich nicht verkennen lässt. Die tiefliegenden Colonien würden sich gleichen. Nur scheint der Strahlenkranz im hellen Rande bei Micrococcus albicans nicht ausgebildet zu sein. In Stichculturen zeigt dieser die sogenannte Nagelform, nämlich eine knopfartige Erhebung der den Stichcanal ausfüllenden Coccencolonieen über die Gelatineoberfläche. Ein solch' üppiges Wachsthum konnte nicht beobachtet werden. Der Belag auf der Oberfläche war flach. Ferner wäre noch der Micrococcus cereus albus zu berücksichtigen, der von Passet im Eiter gefunden wurde, aber vermuthlich ohne pyogene Eigenschaften ist, da Impfungen und Injectionen der Culturen bei Versuchsthieren ohne Erfolg blieben. Flügge beschreibt ihn folgendermaassen:

„Es sind Coccen von 1,16 μ Durchmesser, sie liegen einzeln oder in Haufen, zuweilen auch zu kurzen Ketten angeordnet. Sie bilden auf Gelatineplatten in den ersten Tagen weisse Pünktchen, die sich an der Oberfläche zu kleinen, meist 1—2 Mm. grossen Flecken ausbreiten. Im Impfstrich entsteht ein weisser, mattglänzender, stearin- oder wachstropfenartiger Belag mit etwas verdicktem, unregelmässigem Rande. Auf Blutserum entsteht im Impfstrich ein grau-weisser, mattglänzender Streif; auf der Kartoffel ein grau-weisslicher Belag von mittlerer Dicke."

Diese Schilderung würde im Wesentlichen mit dem gefundenen Verhalten des untersuchten Coccus zusammen stimmen, und es wäre nur eigenthümlich, dass so wenig Gewicht auf die Diplococcenform gelegt wurde, wenn diese in gleicher Häufigkeit bei Micrococcus cereus albus vorkäme, wie in unserem Falle. Ausserdem fand sich unser Coccus in eitrigem Secret verhältnissmässig sehr selten.

Der Streptococcus pyogenes, ebenso wie der Streptococcus articularis kommt wohl von vornherein nicht in Betracht, da wenig Identisches vorhanden ist. Die übrigen, nur für die Menschen nicht pathogenen, schliesst der Thierversuch aus.

Ausser diesen Coccen wäre noch zu erwähnen der oben geschilderte Ozaenacoccus. Es konnten jedoch keine bestimmten Aehnlichkeiten nachgewiesen werden. Das Vorkommen spricht gegen die Identität.

Mit der von B. Fränkel angegebenen dritten Species von Coccen, die er neben dem Staphylococcus albus und aureus bei Angina lacunaris und auch im normalen Pharynx fand, könnte er identisch sein. Doch fehlen über diese dritte Species noch nähere Angaben. Das als characteristisch angeführte Opalesciren der Gelatineculturen war allerdings nicht ausgesprochen.

Auch in James Eisenberg's „Bacteriologischer Diagnostik" findet sich ein derartiger Coccus, wie der eben untersuchte, nicht. Er wäre in die Tabellen seiner Diagnostik folgendermaassen einzureihen:

Digitized by Google

No.	Fundort.	Namen des Entdeckers. Litteratur.	Form und Anordnung.	Beweglichkeit	Wachsthum auf Platten.	Wachsthum in Stichcultur. in Gelatine.	Wachsthum auf Blutserum und Agar-Agar.	Wachsthum auf Kartoffeln.	Temperatur.	Schnelligkeit des Wachsthums.	Sporenbildung.	Luftbedürfniss.	Gasproduction.	Verhalten zu Gelatine.	Farbenproduction.	Verhalten zu Anilinfarben.	Pathogenesis.
1.	Nasenrachenraum.	W. Hack.	Diplococcen. Häufig in Ketten nach Art der Streptococcen gelagert.	schwer beweglich.	Oberflächlich und in der Tiefe. Oberflächlich als grau-weisse, opake, runde, erhabene Flecken, die in d. Mitte eine kleine Delle zeigen. Bei schwacher Vergrösserung stellt sich die Colonie dar, wie ein Knäul welliger, verfilzter Fäden, die aber dennoch eine radiäre Anordnung nicht verkennen lassen. Die tiefliegenden Culturen erscheinen als gelbliche, runde, scharf begrenzte Punkte, die mit schwacher Vergrösserung betrachtet, einen strahligen Rand erkennen lassen.	Als weisse, später etwas gelbliche Knötchen längs des Stichcanals. Als opaker, grauer Belag, der concentrische Ringe erkennen lässt, auf der Oberfläche.	Als grauweisser Streifen längs des Impfstriches. Auf Agar-Agar als dendritisch vom Impfstrich ausgehender grau-weisser Belag.	Als schmieriger, glänzender gelblich weisser Belag, mit unregelmässigen Rändern.	Die günstigste Temperatur für das Wachsthum ist die Zimmertemperatur.	schnell.				nicht verflüssigend.		gegen alle ziemlich gleich.	Ist nicht pathogen. Mäuse und Meerschweinchen vertrugen subcutane Injectionen von Reinculturen ohne jede Krankheits-Erscheinung.

Digitized by Google

Obgleich also die Form und die Entwickelung des beschriebenen Coccus nicht vollkommen mit irgend einem anderen der bis jetzt bekannten Micrococcen übereinstimmt, so kann man doch nicht behaupten, dass es ein ganz specifischer, nur im Nasenrachenraum vorkommender Microorganismus ist. Es ist vielmehr fast mit Sicherheit anzunehmen, dass derselbe aus der Luft dorthin gelangt ist und hier in seiner Entwickelung mehr oder weniger modificirt worden ist. Er wäre also als Luftcoccus aufzufassen, was auch noch dadurch gestützt wird, dass er nicht bei Körpertemperatur, sondern bei Zimmertemperatur am schnellsten wächst. Ferner wurde oben erwähnt, dass der Coccus desto zahlreicher gefunden wurde, je geringer die Secretion im Nasenrachenraum war. Es könnte dies dann dadurch erklärt werden, dass die von der Luft dort abgelagerten Coccen sich in dem reichlicheren Secret mehr vertheilen. Eine stärkere Vermehrung an Ort und Stelle ist ausgeschlossen, da die Körpertemperatur für die Entwickelung derselben nicht günstig ist. Die Annahme, dass es sich um einen Luftcoccus handelt, würde auch am besten die vollständige Harmlosigkeit des Coccus in seiner Pathogenesis erklären.

Zum Schluss genüge ich der angenehmen Pflicht, den Herren Professoren Hofrath Dr. Meier, Dr. Schottelius und Dr. Hack meinen wärmsten Dank auszusprechen für die gütige Unterstützung, welche sie meiner Arbeit haben zu Theil werden lassen.

Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen?

Zugleich eine Antwort auf verschiedene Bemängelungen meiner Classification der gutartigen Nasenpolypen.

Von

Dr. **C. M. Hopmann.**

(Fortsetzung aus No. 6.)

Jede Geschwulstbezeichnung soll der möglichst kürzeste und klarste Ausdruck für das die Geschwulst am meisten characterisirende Merkmal sein nach dem Grundsatze: A potiore fit denominatio. Das Wichtigere kann man nun bald in dem genetischen Character der Geschwulst, d. h. in dem Gewebe, welches die Geschwulstmatrix bildet, bald in dem Gewebe selbst sehen, welches bei der thatsächlichen Zusammensetzung der reifen Geschwulst am meisten vorwaltet. So kommt die wissenschaftliche Geschwulstbenennung zu Stande und so unterscheiden wir Fibrome, Osteome, Epitheliome etc., obwohl jede dieser Geschwülste verschiedenartige Gewebe, wie Gefässe, Nerven, Drüsensubstanz etc. enthält; ebenso unterscheiden wir selbst Mischgeschwülste nach dem vorwaltenden Gewebe, z. B. Osteo-Sarcome etc. Auch innerhalb desselben Geschwulsttypus walten oft derartige äussere und innere Verschiedenheiten ob, dass unzweifelhaft das Bedürfniss nach gesonderten Benennungen besteht; ich erinnere nur an die harten, überwiegend aus elastischen Fasern bestehenden, und an die weichen, aus fibrillärem oder reticulärem Bindegewebe zusammengesetzten Fibrome; ferner an die einfache Bindegewebsgeschwulst von glatter Oberfläche und an die durch epitheliale Proliferation zu Stande kommende papilläre Geschwulst von bindegewebigem Grundstocke, beides nach

Digitized by Google

Virchow Fibrome, aber dennoch so verschieden von einander, dass selbst pathologische Anatomen und fast alle Kliniker die „Papillome“ als Geschwülste von besonderem Typus (als patholog. Reproduction der normalen Hautpapille) betrachten und sie von den Fibromen trennen, während Virchow allerdings den Namen „Papillom“ als unrichtig gebildet zurückweist und von „papillären Fibromen“ oder von „verrucöser Pachydermie“ spricht. Aber nicht nur der wissenschaftliche Geschwulstname soll, indem er die hervorstechendste Eigenthümlichkeit des Tumors seinem histologischen Aufbau nach zum Ausdruck bringt, nach obigem Grundsatze gebildet werden, sondern auch der populäre Name, nur mit dem Unterschiede, dass hier rein äusserliche Gesichtspunkte, Aehnlichkeiten u. dergl. massgebend sein dürfen; andererseits steht auch einer klaren Uebersetzung der wissenschaftlichen Geschwulstbezeichnung nichts im Wege. Durch die meinerseits in Vorschlag gebrachten Namen für die hauptsächlich vorkommenden (gutartigen) Nasenpolypen glaube ich sowohl dem wissenschaftlichen als dem populären Bedürfnisse nach kurzen und klaren Bezeichnungen gebührend Rechnung getragen zu haben. Weil nun die harten, aus elastischem Bindegewebe (oft auch untermischt mit Sarcomgewebe) zusammengesetzten Fibrome nur äusserst selten lediglich der Nasenhöhle angehören und noch seltener in reiner Polypenform auftreten, während sie meist den Ursprung in Nase und Rachen gleichzeitig auf breiter Basis nehmen, so scheide ich dieselben als „Nasenrachenfibrome“ aus und komme nur ganz ausnahmsweise in den Fall, von einem harten Bindegewebs- oder Faserpolypen der Nase sprechen zu müssen, was ich Barth gegenüber bemerke, dem es auffällig erscheint, dass ich die „Fibrome“ von den Nasenpolypen ausscheide*). Dieses geschieht meinerseits allerdings für die harten Fibrome; die weichen bezeichne ich als oedematöse Fibrome und erkenne in ihnen die zahlreichsten Repräsentanten der Nasenpolypen überhaupt. Deutsch bezeichne ich diese als „Schleimpolypen“, ihrer äusseren Aehnlichkeit mit gallertigem, glasigem Schleim wegen. Andere haben den Namen „Schleimpolypen“ allen Schleimhautpolypen überhaupt gegeben und wollen dadurch den genetischen und histologischen Charakter der Polypen als einer Schleimhautgeschwulst bezeichnen. Um letzteres auszudrücken, hätte man aber den Namen „Schleimdrüsenpolyp“ bilden müssen, während der Name „Schleimpolyp“ in diesem Sinne ganz unrichtig gebildet erscheint. Thatsächlich ist aber auch genetisch der oedematöse Nasenpolyp zwar ein Schleimhautpolyp, histologisch jedoch durchaus nicht, indem das hervorstechendste Merkmal der Schleimhaut, die Schleimdrüse, dem oedematösen Fibrom entweder ganz fehlt, oder nur in spärlichen Rudimenten in ihm vertreten ist. Eigenthümlich dem oedematösen Fibrom ist die gallertige Weichheit und Blässe; man kann ihn fast wie Schleim zerdrücken und seinen Serumgehalt so ausquetschen, dass nur ein formloses Hautfetzchen von dem stattlichsten, etwa wallnussgrossen Schleimpolypen zurückbleibt. Charakteristisch ist, dass er aus areolärem und nicht aus fibrillärem oder elastischem Gewebe besteht, charakteristisch sein erheblicher Albuminserumgehalt, seine Neigung zu Cystenbildung, sein Sitz in der oberen Hälfte der Nase. Seine Form ist keineswegs ausschliesslich Polypenform.

*) Zeitschrift für Ohrenheikunde, 15. Bd., S. 329.

Digitized by Google

Wenn man die Definition Rindfleisch's annimmt, so „nennt man Polyp eine gestielte Geschwulst, deren Stiel erheblich dünner, als der Körper ist“*). Zahlreiche Schleimpolypen haben diese Form, nicht wenige jedoch haben die Form des Fungus, der Warze oder der Hautfalte; dennoch nennen wir auch diese Formen der oedematösen Fibrome in Anwendung des leitenden Grundsatzes „a potiore fit denominatio“ auch auf die Form, in der das oedematöse Fibrom vorwaltend erscheint, Schleimpolypen. Der Schleimpolyp verändert sich, von cystischer Degeneration abgesehen, im Laufe seines Wachsthums zuweilen, besonders an Stellen, wo er entzündlicher Reizung ausgesetzt ist; dann infiltrirt er sich dicht mit Zellen, wird blutreicher, derber und röther; mitunter kann sich dann stellenweise selbst fibrilläres Gewebe entwickeln und somit alsdann eine solche Partie dem harten Fibrom oder dem Sarcom ähnlich werden. Diese Veränderungen können uns als Ausnahmen natürlich nicht zu einem Namenswechsel bestimmen. Ebensowenig können wir den Schleimpolypen „Nasenrachenfibrom“ nennen, wenn er, was gar nicht selten vorkommt, durch die Choanen hinaus in den Rachenraum hineinwächst, denselben oft ganz ausfüllend. Will man dieses Hinauswuchern aus der Nasenhöhle in den Rachen bezeichnen, so kann man es consequent nur mit dem Ausdruck „Nasenrachenschleimpolyp“ thun. Das harte Nasenrachenfibrom hat genetisch, histologisch und klinisch eine so ganz andere Bedeutung, dass Verwechselungen von vornherein vermieden werden müssen.

Das oedematöse Fibrom ist, wie oben bemerkt, in Folge seines Sitzes und des Serumgehaltes (das Serum sackt sich in den tiefsten Partien am stärksten an) am ehesten in der Lage, echte Polypenform anzunehmen. Wenn trotzdem ein grosser Theil dieser Fibrome nicht in dieser Form, sondern als breitbasige, lappen- oder faltenartige Geschwülste und als Tuberositäten erscheinen (worüber ich auch Zuckerkandl's vortreffliche Beschreibung und Abbildungen zu vergleichen bitte), so kann es bei Geschwulstbildungen, denen die Annahme eigentlicher Polypenform durch ihren Sitz und ihr Gewebe erschwert wird, wenig Wunder nehmen, dass dieselben nur in der Minderzahl als echte Polypen, in der Mehrzahl jedoch als Höcker, Warzen, Falten u. dergl. auftreten. Dennoch liegt kein Grund vor, den einmal eingebürgerten Namen Polyp für diese Nasenschleimhauttumoren fallen zu lassen, vorausgesetzt, dass es sich bei ihnen nicht um einfache Dickenzunahme der normalen Schleimhaut an circumscripten Stellen oder um temporäre Anschwellung der cavernösen Bestandtheile der Schleimhaut, wie sie besonders an den Muschelenden vorkommen und so oft zu Täuschung und Verwechselung mit Polypen Anlass geben, handelt, sondern um wirkliche, bleibende Auswüchse der Schleimhaut. Ob diese Auswüchse nun breitbasig oder gestielt sind, ob sie zahlreich auf einer grossen Fläche nebeneinander vorkommen oder nur vereinzelte hier und da, ob sie auf der Fläche des Septums oder am Körper der Muscheln oder an deren vorderen oder hinteren Enden sich zeigen, Alles dieses verschlägt nichts an der Bedeutung der Tumoren, deren Entstehen, wie das aber überhaupt für alle Schleimhautpolypen ausnahmelos gilt, höchst wahrscheinlich schleichenden Entzündungsvorgängen zuzuschreiben ist. Zu diesen Nasenpolypen sind die von

* Lehrbuch der pathol. Gewebelehre Leipzig 1886, S. 137.

Digitized by Google

mir als polypoide Hyperplasien und als Papillome bezeichneten Geschwülste der Nasenschleimhaut zu rechnen. Die ersteren sind im Gegensatze zu den Schleimpolypen derb, blutreich, von meist gesättigtem Roth und behalten, zwischen den Fingern zerdrückt, ihre Form. Ihrer Structur nach tritt am auffallendsten der Drüsenreichthum hervor; auch cavernöses Gewebe und erweiterte Blutgefässe sind vorherrschend, das Gewebe ist dicht mit Zellen infiltrirt, die bindegewebige Stützsubstanz verdeckend. Diese, auch der normalen Nasenschleimhaut zukommenden Attribute weisen die Geschwulst in die Classe der Hyperplasien der Schleimhaut. Die Drüsensubstanz ist oft in diesen Polypen so entwickelt bezw. hypertrophirt, dass Bilder entstehen, wie sie Billroth in seiner bekannten Monographie wiedergegeben hat, Bilder, welche Billroth veranlassten, alle Nasenpolypen als „Schleimpolypen" (was, wie oben bemerkt, eigentlich Schleimdrüsenpolypen richtig gebildet heissen müsste) zu bezeichnen. Diese polypoiden (glatten) Hyperplasien nennt man zu Deutsch am besten „Drüsenpolypen". Man könnte sie auch ihres rothen, fleischigen Aussehens wegen „Fleischpolypen" nennen, eine populäre Benennung, welche analog dem Ausdrucke „Schleimpolyp" gebildet wäre; doch würde dieser Ausdruck zu Verwechselungen mit Sarcomen Anlass geben. Ihre Form schützt sie vor Verwechselungen mit einfachen Schleimhautverdickungen. Letztere erstrecken sich oft bei chronischen Catarrhen über einen grossen Theil der Schleimhaut und sind am besten an den Muscheln zu studiren: Bei einfachen (nicht neoplastischen) Hyperplasien verhält sich die Schleimhaut gegen Sondeneindruck wie ein Luftkissen; oder aber die Sonde bestreicht einzelne, schwach entwickelte, höckerige Erhebungen von einem oder wenigen Millimetern Dicke, oder Runzeln, welche von einer beginnenden oder geringfügig gebliebenen papillären Transformation der Oberfläche herrühren und kaum in der diffus infiltrirten Schleimhaut zu unterscheiden sind. Ein Auswuchs aber, der den Namen polypoide Hyperplasie verdient, muss vermittelst der Sonde beweglich und als ein von der Schleimhaut abgrenzbarer Körper erkannt werden. Oft wird die Diagnose durch eine von der Unterlage sich abhebende, bald hellere, bald dunklere Färbung des Auswuchses erleichtert. Die Drüsenpolypen sind erbsen-, bohnen- bis krachmandelgrosse Geschwülste, deren Basis meist kegelförmig in die normale oder einfach verdickte Schleimhaut übergeht. Nicht selten sitzen sie pilzförmig der Schleimhaut auf; es kommen jedoch auch mehr gestielte Formen vor, welche sich den echten Polypen sehr nähern (polypöse Hyperplasien). Vorzugsweise findet man die Drüsenpolypen an der mittleren und unteren Muschel entwickelt und von letzterer wachsen sie zuweilen in die vorderen und hinteren Nasenöffnungen als derbe, glatte, rothe Polypen hinein. Hierfür ein Beispiel aus vielen: Der 29jähr. Techniker J. B. wird mir wegen Nasenpolypen zugeschickt. Derselbe leidet seit 10 Monaten an heftigem Fallschwindel und Platzangst. Jodkali ohne Erfolg gebraucht. Seit den Knabenjahren Thränenträufeln, Uebersichtigkeit, Verstopfungen der Nase. Letztere zeigt sich ausgefüllt mit rothen, beweglichen Geschwülsten, welche bis in die Naslöcher hineinragen und ab und zu, bei stärkerem Schnupfen, etwas herausragen sollen. Mit breiter Basis gehen diese Tumoren von den unteren Muscheln aus. Galvanocaustisch wird zuerst rechts ein halbhaselnussgrosser, dann links ein halbwallnussgrosser Polyp

Digitized by Google

(von der Concha inferior, etwa 2 Ctm. hinter ihrem vorderen Ende, ausgehend) abgeglüht. In den folgenden Tagen werden noch 3 dieser Polypen, welche alle sehr breitbasig von den unteren Muscheln abgehen, entfernt. Nach 14 Tagen war der Schwindel, der Tag für Tag den Kranken gequält hatte, weg, kam aber 5 Wochen später zurück. Nunmehr wurde noch das diffus hyperplasirte Ende der Concha inferior sin. entfernt, worauf der Schwindel allmählig ganz abnahm und noch ein Jahr später nicht im geringsten wiedergekehrt war. Auch das Augenleiden war merklich gebessert. Die Polypen waren glatt, fest, reichlich mit hyperplasirtem und degenerirtem Drüsengewebe und cavernösen Gefässräumen durchsetzt und nur die hinteren Muschelenden oberflächlich papillär. Schleimpolypen fehlten ganz und gar.

(Schluss folgt.)

Zur Lehre vom Husten.

Von

Dr. med. **G. Dos**, pract. Arzt in Anclam.

Aus der Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke an der Universität Greifswald (Dr. Strübing).

Die Lehre vom Husten hat erst in der neuesten Zeit eine bestimmte Gestaltung erfahren. Noch Haller[1]) fertigte 1766 den Husten sehr summarisch ab, indem er erklärt, „dass es kaum gelinge, Husten durch's Martern der Thiere zu erzwingen", und dass demzufolge der Husten „eine Sache des Willens" sei, wobei er gleichwohl noch einen Husten anerkennt, der „wider den Willen, oder ungern" erfolgt, da „die Seele durch die Unerträglichkeit des Uebels für den Kranken sich nicht getraue, es länger zu verhalten".

Diese Ansicht war bis weit in den Beginn unseres Jahrhunderts hinein die massgebende, und erst Krimer's[2]) eingehende und wissenschaftlich durchgeführte experimentelle Untersuchungen über die dem Husten zu Grunde liegenden Ursachen setzten an Stelle jener unklaren Vorstellungen bestimmte und auf evidente Thatsachen gestützte Begriffe. Krimer lieferte den Nachweis, dass Husten sich wohl beim Thier und dazu noch in der verschiedensten Weise erzeugen lasse; denn er konnte ihn nicht nur durch Einblasen von Eisenfeile in die Trachea oder indem er Aetzkali-Lösung gegen die Glottis spritzte, hervorrufen, sondern es gelang ihm auch, ihn ebenso durch Reizung, Quetschung, Zerrung und Durchschneidung eines oder beider Vagi zu erzeugen.

Auf dem Boden dieser Experimente hat sich die heute zu Rechte bestehende Lehre vom Husten entwickelt.

Es wurden die Krimer'schen Versuche in der Folgezeit von den verschiedensten Forschern — von J. Budge[3]), Blumberg[4]), Longet[5]), Cruveilhier[6]), Romberg[7]), Rosenthal[8]) und Anderen, vor Allem neuerdings von Nothnagel[9]) und zuletzt von Kohts[10]) — wiederholt und erweitert, die gewonnenen Resultate wurden bald bestätigt, bald angefochten, in Folge dessen selbst heute noch nicht eine ganz vollkommene Einigung auf diesem Gebiete erzielt ist. Mögen aber vielfache Controversen noch fortbestehen, und bleibt es noch weiteren physiologischen Untersuchungen vorbehalten, einen endgiltigen Abschluss in den

Digitized by Google

angestellten Versuchsreihen herbeizuführen, so ist immerhin die Frage nach der Ursache des Hustens jetzt soweit geklärt, dass man mit Bestimmtheit folgende Grundsätze aufstellen kann:

1) Husten erfolgt sowohl willkürlich, als auch unwillkürlich.

2) Jede unwillkürliche Hustenbewegung wird auf dem Wege des Reflexes hervorgerufen, d. h. irgend ein peripherer Reiz wird centripetal auf das in der Medulla oblongata liegende Hustencentrum (Koths) übertragen und von hier aus durch die motorischen Bahnen centrifugal in Husten umgesetzt.

3) Ausgelöst kann eine solche unwillkürliche Hustenbewegung werden durch die directe mechanische oder electrische Reizung des N. vagus, des N. laryngeus superior und des N. pharyngeus; sodann durch Reizung der Larynx-Schleimhaut, insbesondere der Regio interarythaenoidea; ferner durch Reizung der Trachea, vorzüglich der hinteren Trachealwand und der Bifurcationsstelle; weiterhin auch durch Reizung der Bronchien und der hinteren Pharynxwand, und endlich erfolgt Husten beinahe constant auf Reizung des unteren Randes des äusseren Gehörganges.

Zweifelhaft bleibt es noch, ob auch durch Reizung der Pleura, des Oesophagus und des Zungengrundes Husten veranlasst wird; bei Reizung der Pleura costalis hat man zum mindesten bereits des Oefteren Hustenreflex auftreten sehen. Durch directe Reizung des freien Randes der Stimmbänder jedoch, sowie durch Reizung irgend welcher anderen Körperstelle lässt sich beim Versuchsthier kein Husten erzeugen.

Mit diesen experimentell aufgedeckten Thatsachen stimmt die Beobachtung beim Menschen durchaus überein: die von der Schleimhaut des Larynx, der Trachea, der Bronchi und, wie erst neuerdings allgemein zugestanden wird, die von der hinteren Pharynxwand hier ausgelösten Hustenanfälle gehören, möchte ich sagen, zur täglichen Erfahrung. Man kann diesen Reflexhusten demnach auch als den normalen, physiologischen bezeichnen: er ist stets und ständig an bestimmte, ausgesprochene pathologische Veränderungen der Luftwege oder des Pharynx geknüpft und tritt auf entweder weil (eingedrungene) Fremdkörper, oder weil catarrhalische Secrete durch ihre Berührung mit der Schleimhaut diese mechanisch reizen. Der Husten hört auf, sobald die ihn bedingenden localen Momente beseitigt sind.

Im Laufe der Zeit hat man aber beim Menschen noch eine ganze Reihe auffälliger Beobachtungen gemacht, wo auch eine Reizung anderer heterogenster Punkte, die gewöhnlich von ganz anderen Reflexbewegungen begleitet wird, in der promptesten Art und Weise mit der Auslösung eines Hustenanfalles beantwortet wurde. Diese Reize treten scheinbar so willkürlich und gesetzlos auf, dass sie lange Zeit jeder Logik und Erklärung zu spotten schienen, zumal es auf dem Wege des Thierversuches nicht gelingen wollte, den Schleier, der über ihrem dunklen Causalconnex ausgebreitet lag, zu lüften. So beobachtete man Husten und selbst wahre Hustenparoxysmen beim Berühren der äusseren Haut, der Mammae, bei Druck auf die Ovarien, bei Erkrankungen des Uterus, des Magens, des Darmes und des Peritoneums, endlich auch bei Berührung und pathologischen Processen der Nasenschleimhaut etc.

Eine noch grössere Verwirrung wurde in diese Frage durch die

Digitized by Google

weitere Beobachtung getragen, dass von denselben Organen aus Reize, aber nicht blos Husten, sondern auch bei verschiedenen Individuen bald Migräne, bald Asthma, Convulsionen und Aehnliches hervorzurufen im Stande waren.

So lange es sich nun um Mädchen oder Frauen handelte, bei denen eine gewisse „nervöse Disposition" von vornherein in die Augen fiel, oder doch wenigstens leicht anzunehmen war, hatte man wenigstens noch einen allgemeinen Begriff, mit dem man diese Krankheitserscheinungen abfertigen konnte: Hysterie! Aber wie, wenn gleiche Beobachtungen auch bei Männern gemacht wurden, bei denen man weniger geneigt ist, mit dem Begriff der Hysterie zu rechnen?

Man tappte lange im Finstern herum, ohne den Faden einer Erklärung zu finden, und war schon zufrieden, als man endlich alle hierher gehörigen Fälle unter einen neuen Begriff unterbringen und von einem „nervösen Husten" reden konnte. Die Möglichkeit dazu, auf den richtigen Weg der Erkenntniss zu gelangen, war aber jetzt wenigstens gegeben, wo man die Nutzlosigkeit aller Thierexperimente zur Entscheidung dieser Frage einzusehen sich gewöhnte, und alle die einschlägigen Reflexe als bestimmte pathologische, d. h. als Reflexe eines in bestimmter Weise pathologisch veränderten Nervensystems aufzufassen begann. Eine weitere, eingehendere Erklärung wurde damit aber noch nicht gegeben.

So begnügt sich R. Meyer[11]) mit der blossen Hindeutung, dass bei geeigneter individueller Disposition „die Erregung des Hustencentrums möglicherweise von ganz anderen sensiblen, cerebralen, sympathischen Fasern erfolgen könne", als wie es in normaler Weise geschieht, und Ebstein[12]) drückt sich gleichfalls nur allgemein aus, wenn er sagt: „Es giebt einzelne Personen mit einer so grossen Reizbarkeit sämmtlicher Empfindungsnerven, dass jeder Reiz, welchen derselben er auch trifft, Husten veranlasst," oder ferner: „Je leichter erregbar das Nervensystem im Allgemeinen ist, um so geringfügigere Reizungen der Athmungsorgane pflegen auch zu genügen, um häufigere und heftigere Hustenanfälle zu veranlassen."

Beschorner[13]) weiterhin glaubt „functionelle Störungen der nervösen Organe" annehmen zu müssen, ohne sich jedoch näher darüber auszulassen, welcher Art er sich diese Störungen denkt, und Fränkel[14]) und Schäffer, die, wie bekannt, von der Beobachtung eines evidenten Zusammenhanges zwischen Nasenaffectionen und Asthma ausgehend, glauben, einen abnormen Erregungszustand der sensiblen Nerven der Nasenschleimhaut, einerlei ob derselbe durch Polypen oder durch blosse Catarrhe erzeugt werde, als Grund der Erkrankung annehmen zu müssen. Auf gleiche Weise erklärten sich für sie dann auch der Husten und alle übrigen Krankheits-Erscheinungen, die als von der Nasenschleimhaut abhängig beobachtet wurden. Aber sie erklärten damit doch höchstens nur, weshalb nicht alle Menschen, die von einem Nasenleiden zum Beispiel heimgesucht wurden, die in Rede stehenden parodoxen Anfälle bekamen; die zweite und Hauptfrage, weshalb bei demselben abnormen Erregungszustande in den Nasenästen des N. trigeminus die verschiedenen Individuen nun wieder von den verschiedenartigsten „Reflexneurosen" befallen werden, wurde nicht beantwortet.

Fast genau auf demselben Standpunkte blieben auch Hack[15]), Roth[16]),

Digitized by Google

Götze[17]) u. A. stehen, deren Ansichten zum Theil nur in relativ unwichtigen Punkten von der eben erwähnten abweichen, und beinahe denselben Standpunkt nehmen endlich auch Schadewald[18]) und Wille[19]) ein, nur dass die letzteren in einseitiger Weise als alleinigen Factor beim Zustandekommen der pathologischen Reflexe den „neurotisch afficirten" Nerven ansehen: die „Neurose" des Trigeminus muss ihnen den neubenannten „Trigeminushusten" erklären.

Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit, auf eine nähere Kritik dieser Meinungeu hier besonders einzugehen, genug, der unklare und weite Begriff der Reflexneurose kann die Genese und den Mechanismus dieser Zustände nicht aufhellen, und schon Rossbach[20]) wendet sich gegen solche Anschauungen, indem er treffend sagt: „Nur diejenigen Menschen bekommen bei Nasenkrankheiten Hack'sche Reflexneurosen, deren Reflexbahnen im Gehirn und Rückenmark disponirt sind. Die Hack'schen Kranken müssen eine ähnliche Beschaffenheit des Nervensystems haben, wie Neurastheniker und Hysterische, und möglicherweise sind diese Kranken sogar zum Theil einfach neurasthenische oder hysterische Kranke".

Rossbach ist aber keineswegs der Erste, der darauf hinweist, wie mit allen den früheren Erklärungsversuchen noch gar nichts für die Sache gewonnen war; im Jahre 1883 hatte vielmehr Strübing[21]) bereits hierauf aufmerksam gemacht und einen einheitlichen Gesichtspunkt aufgestellt, von dem aus alle pathologischen Hustenreflexe auf das Einfachste einer Erklärung zugänglich sind. Die Rossbach'sche und Strübing'sche Ansicht unterscheiden sich jedoch nur dadurch von einander, dass jener von einer „besonderen Beschaffenheit der nervösen Reflexbahnen" spricht, während dieser auseinandersetzt, wie er sich diese Beschaffenheit denkt. Der Grundsatz, auf den sich Strübing stützt, ist der, dass „auch die Diagnose einer Neurose die Erregung des Hustencentrums zu keiner zufälligen machen kann und dass die pathologische Reflexaction als solche sich durchaus gesetzmässig entwickeln muss, da ganz bestimmte Vorbedingungen gegeben sein müssen, die ihr Zustandekommen ermöglichen". Und in einem in seltener Weise durchsichtigen und der Erklärung zugänglichen Fall, den er im Jahre 1882 in der Greifswalder Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatte, und den ich noch einmal mit kurzen Worten hier anführen will, wies er das Gesetzmässige dieses Mechanismus nach.

Es handelte sich nämlich damals um ein 19jähriges schwächliches Mädchen, mit den ausgesprochensten Zeichen der Hysterie, das sich Ende März in Behandlung gab, um von einem fast ununterbrochenen und äusserst quälenden Husten befreit zu werden. Die Vorgeschichte der Patientin betreffend, war wichtig, dass sie vor ungefähr 3 Monaten an einer Affection der Luftwege gelitten hatte, die mit heftigem Husten und Auswurf einherging. Hiervon wurde sie langsam geheilt. Der Husten war jedoch noch nicht vollkommen verschwunden, als er plötzlich wieder heftiger wurde und nun in den letzten drei Wochen sich zu der jetzigen Höhe entwickelte. Die Untersuchung der Lungen und des Kehlkopfes hatte ein negatives Resultat; auffällig aber war, dass der Husten durch jede beliebige Reizung der Haut ausgelöst werden konnte, links auf schwächere Reize hin, wie rechts, ebenso durch Druck auf das

Digitized by Google

linke Ovarium sowie beim Berühren der Nasenschleimhaut. Leiden der Genitalorgane waren nicht zu entdecken. Die Therapie richtete ihr Hauptaugenmerk darauf, das Allgemeinbefinden zu heben, durch Anwendung von Narcoticis und Antihystericis die Reizempfindlichkeit des Nervensystems herabzusetzen und endlich jegliche Irritirung der hyperästhetischen Peripherie durch beengende Kleidung nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Behandlung war erfolgreich. Es war jedoch nicht zu verhindern, dass nach einigen Monaten psychische Erregungen eine Rückkehr der hysterischen Erscheinungen herbeiführten. Was jetzt aber auffiel, war, dass nun jeglicher Husten fehlte, dass die Hysterie vielmehr jetzt mit den sie gewöhnlich begleitenden Convulsionen vergesellschaftet auftrat.

Die Erklärung, die Strübing diesem Falle giebt, ist nun folgende: Als die Patientin von dem Halsleiden heimgesucht wurde, wurden die Bahnen des Hustenreflexes und das Hustencentrum selbst in einen Zustand erhöhter Reflexerregbarkeit versetzt. „Zu gleicher Zeit bestand oder entwickelte sich aber jene Störung des Nervensystems, deren Hauptsymptom, um mit Arndt zu reden, in einer gesteigerten Erregbarkeit desselben mit Neigung zu Reflexactionen in die motorische Sphäre besteht, die Hysterie. Die gesteigerte Erregbarkeit prägte sich nun namentlich bei demjenigen Centrum aus, dessen Reflexthätigkeit gerade durch die von der erkrankten Respirationsschleimhaut ausgehenden Reize am meisten in Anspruch genommen war, beim Hustencentrum. Als dann eine Steigerung der hysterischen Erscheinungen eintrat, als Hyperästhesie, Hyperalgesie, Mastodynie, Ovarie sich einstellten, da war es nicht das Krampfcentrum oder eines der anderen Centren, bei welchen wir sonst bei der Hysterie das Uebermaass der die hyperästhetische Peripherie treffenden Reize in die motorische Sphäre sich umsetzen sehen, sondern sie wurden zu demjenigen Centrum abgeleitet, dessen Erregbarkeit auf Grund der gegebenen pathologischen Vorbedingungen abnorm gesteigert war.“ Als nach einigen Monaten jedoch, durch die Rückkehr in die alten Schädlichkeiten veranlasst, „wieder eine Steigerung der nervösen Beschwerden eintrat, da war es jetzt nicht mehr das inzwischen in seiner Erregbarkeit zur Norm zurückgekehrte Hustencentrum, welches die Entladung in die motorischen Bahnen übernahm, sondern nun trat das Krampfcentrum an seine Stelle, es stellten sich Convulsionen ein, von denen die Patientin bisher frei gewesen war.“

Mit kurzen Worten würde die Theorie, die dieser Erklärung zu Grunde liegt, demnach etwa folgendermaassen lauten:

Der Hustenreflex hat bei Reizung irgend welcher peripherer Zonen, von denen aus für gewöhnlich keine Hustenbewegung ausgelöst wird, stets dann statt, wenn einmal eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems selbst, und wenn andererseits eine gleichzeitige Erregung des Hustencentrums resp. der Hustenreflexbahnen durch bestehende oder kurz vorher abgelaufene Schleimhauterkrankungen der Luftwege vorliegt. Beim gesunden Individuum, oder wo eine der beiden Bedingungen fehlt, tritt der Reflex nicht ein.

Strübing giebt selbst an, wie die gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems durch die verschiedensten pathologischen Zustände veranlasst werden kann, nicht durch Hysterie allein, sondern auch durch

Digitized by Google

mangelhafte Ernährung, Erschöpfung, schleichende Entzündung, Tumorenbildung u. dergl. m. In dieser gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems müssen wir aber ferner noch, je nach dem Grade derselben, zwei Stadien unterscheiden, von denen das erstere, dasjenige, in dem die Steigerung eine sehr grosse ist (man findet sie bei den schweren Formen der Hysterie am häufigsten!) sich leicht dadurch characterisirt, dass jeder Reiz, er mag von den sensiblen Nerven treffen, welchen er will (Ebstein), hinreicht, um den pathologischen Hustenreflex auszulösen. Demgegenüber ist dies in dem anderen Stadium noch keineswegs der Fall. Hier werden die zugeleiteten Reize von den an sich zwar schon erregbaren centralen Ganglienzellen doch noch relativ zu schwach empfunden, um die Ueberleitung auf das Hustencentrum zu erfahren. Bei einem solchen Verhalten des Nervensystems kann es nun aber geschehen, dass der Erregungszustand eines einzelnen Nerven durch eine Erkrankung seiner Endorgane noch besonders erhöht wird, und dann tritt der nach den vorliegenden Beobachtungen bei Weitem häufigste Fall ein, dass gerade nur die Reizung dieses einen Nerven allein den abnormen Reflexhusten hervorruft. Hierher gehören die Beobachtungen, wo der Husten allein von der erkrankten Nasenschleimhaut (Hack[15]), Sommerbrodt[22]) etc.), allein von der erkrankten Leber und Milz (Naunyn[23]), allein von den erkrankten weiblichen Geschlechtsorganen resp. vom Magen, vom Darm und von der Blase (Krimer[2]) her ausgelöst wurde.

Alle weiteren abnormen Reflexe, wie sie vor Allem von Hack[15]) und Sommerbrod[22]) beschrieben sind, finden in derselben Weise ihre Erklärung. Man braucht nur an die Stelle des Hustenreflexes den Namen eines anderen zu setzen, um auch auf diese Fälle die Strübing'sche Theorie anwenden zu können.

Einwendungen gegen diese Theorie lassen sich a priori kaum erheben: sie ist einfach, entspricht physiologischen Gesetzen, hat mannigfaltige Analoga, und es kann nur lediglich die Sache der Beobachtung am Krankenbett sein, sie weiterhin zu bestätigen oder zu widerlegen. Auf experimentellem Wege sie zu beweisen, ist unmöglich, da ihre Grundforderung, ein in bestimmter Weise functionell verändertes Nervensystem, beim Thiere sich nicht herstellen lässt. (Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber spontane Dehiscenz des Schläfenbeines und deren Bedeutung für die practische Ohrenheilkunde. Von Prof. Dr. Josef Gruber in Wien. (Allg. Wiener med. Zeitung No. 19, 1887.)

Am Schläfenbeine, sowohl des Neugeborenen, als auch des Erwachsenen, finden sich zuweilen abnorme Lücken, welche nicht aus einer selbstständigen Erkrankung des Knochens hervorgingen, sondern ihre Entstehung anderweitigen Vorgängen verdanken. Ueber ihr Zustandekommen herrschen verschiedene Anschauungen. Hyrtl war der Meinung, sie konnten als mangelhafte Entwicklung in Folge gesteigerten Bedarfes am Knochenende in der Gravidität aufgefasst werden, was schon aus dem Grunde nicht ganz zutrifft, weil dann derartige Anomalien an anderen Theilen

Digitized by Google

des Scelettes auch vorkommen müssen. Tröltsch beschuldigt den zu häufig ausgeführten Valsalva'schen Versuch als veranlassendes Moment, wogegen am beredtesten der Umstand spricht, dass solche Lücken häufig am Schläfenbeine des Kindes vorkämen, wo die erwähnten Momente keine Rolle spielen, und weiters die Thatsache, dass die fraglichen Lücken mitunter an Stellen gefunden werden, welche von einem solchen Drucke am wenigsten afficirt sind. Andere bringen diese Lücken mit den Pacchioni'schen Granulationen als Product von Knochenusur in Verbindung, was auch nicht acceptabel ist, weil man solche Defecte an Stellen findet, wo Pacchioni'sche Granulationen gar nicht vorkommen. Am leichtesten kann man nach Gruber das Zustandekommen dieser Lücken am Schläfenbein durch Excess jenes physiologischen Resorptions-Processes erklären, welchem die pneumatischen Räume des Schläfenbeines, sowie die Räumlichkeiten des Labyrinthes, wie die der Zellen des Warzentheiles ihre Formation verdanken, obzwar Verfasser nicht in Abrede stellt, dass auch andere Momente auf das Entstehen dieser Dehiscenzen von Einfluss sein können. Welche hohe Bedeutung solche Schläfenbeinlücken für die practische Ohrenheilkunde haben, leuchtet am besten ein, wenn man die abnormen topischen Verhältnisse betrachtet, welche durch sie erzeugt werden, und die stets bei Mittelohrerkrankungen in Rücksicht genommen werden müssen. L.

Ueber durch Schalleinwirkung zu erzeugende Gehörsverbesserung bei Ceruminalpfröpfen. Von W. Kosegarten in Kiel. (Zeitschr. für Ohrenheilkunde XVII, 3/4.)

K. beobachtete bei Individuen mit gesundem, aber durch künstlichen Verschluss oder durch Cerumenpfröpfe längere Zeit mehr oder weniger vom Hören ausgeschlossenem Ohre eine oft wesentliche Hörverbesserung, wenn eine stärkere Schalleinwirkung (Läuten einer Handschelle) unmittelbar voraufgegangen war, und zwar unter 85 Fällen von Cerumenpfropf 67 Mal; 3 Mal ging die unmittelbar nach der Schalleinwirkung auftretende Besserung in kurzer Zeit zurück, in 34 Fällen hob sich dieselbe später noch mehr; der Grad der Hörverbesserung war ein sehr verschiedener, z. B. von 4 auf 20, 1 auf 27, 11 auf 70. K. sucht die beobachtete Thatsache dahin zu erklären, dass die in Folge des länger dauernden Verschlusses herabgesetzte Empfindlichkeit des acustischen Apparates durch die starke Schalleinwirkung gewissermaassen aufgerüttelt werde, wie er denselben Effect für bestimmte Fälle von Ohrenleiden durch mechanische Erschütterungen, z. B. Blasen in den äusseren Gehörgang, in seiner Habilitationsschrift (1884) nachgewiesen habe. Keller.

Statistische Ergebnisse über die diagnostische Verwendbarkeit des Rinne'schen Versuchs und eine daraus sich ergebende Erklärung für die physiologische Function des Schalleitungsapparates. Von F. Bezold in München. (Zeitschr. für Ohrenhlkde., Bd. XVII, Heft 3 u. 4.)

B. glaubt die vielfach sich widersprechenden und ungünstigen Resultate der in den letzten Jahren angestellten Untersuchungen über den Werth des Rinne'schen Versuches auf den Umstand zurückführen zu müssen, dass man bei den statistischen Zusammenstellungen von einer

Digitized by Google

fertigen Diagnose ausgegangen ist, an welcher man, ihre Richtigkeit voraussetzend, den Rinne'schen Versuch geprüft und alsdann seine Schlussfolgerung über den Werth desselben gezogen habe. In Anbetracht der Unsicherheit unserer differenziellen Diagnose für eine grosse Zahl von Fällen sieht B. dieses Verfahren als fehlerhaft an, weil bei falschen Prämissen auch die daraus gezogenen Schlüsse trügerisch sein müssen; er geht deshalb bei seiner Statistik von einem anderen Gesichtspunkte aus, indem er ohne vorgefasste Diagnose die Fälle mit gleichem Ergebnisse des Rinne'schen Versuchs mit Bezug auf das Resultat anderer Untersuchungsmethoden (Weber'scher Versuch, Sprache, Galton's Pfeifchen), sowie ihrer Symptomatologie unter sich vergleicht und auf ihre Zusammengehörigkeit prüft. Auf diesem Wege kommt B. zu einer Zusammenstellung der gefundenen Ergebnisse in 6 Tabellen, deren Gesammtresultat er in folgenden Sätzen zusammenfasst: „Bei allen doppelseitigen Erkrankungen des Ohres mit nicht zu weit auseinander liegender Hörweite der beiden Seiten beweist uns der negative Ausfall des Rinne'schen Versuchs das Vorhandensein einer Veränderung am Schallleitungsapparate. Dieser Satz gilt aber nicht umgekehrt, d. h. wir haben durchaus nicht in allen Fällen, wo eine Mittelohraffection vorliegt, auch einen negativen Ausfall des Versuchs zu erwarten. Derselbe findet sich vielmehr hier sehr häufig, zwar verkürzt, aber positiv, nämlich 1) bei den chronischen Affectionen mit negativem Befunde für Spiegel- und Catheteruntersuchung, wenn eine relativ gute Hörweite, über 1 Mtr. für Flüstersprache, vorhanden ist (Lucae); 2) bei acuten und subacuten Mittelohrerkrankungen mit Exsudat in der Paukenhöhle trotz starker Herabsetzung des Gehörvermögens. — Bei hochgradiger nur einseitiger Affection kann umgekehrt der Versuch negativ ausfallen, trotzdem, dass der Schallleitungsapparat intact ist. Ein normal langer oder nur wenig verkürzter positiver Ausfall des Rinne'schen Versuchs bei stark herabgesetzter Hörweite neben sonstigem negativem Untersuchungsbefund für Spiegel und Luftdouche lässt eine wesentliche Betheiligung des Schallleitungsapparates an der Functionsstörung ausschliessen, mag die Erkrankung eine doppel- oder einseitige sein."

Wir müssen es uns leider versagen, auf die Details der umfangreichen, werthvollen Arbeit einzugehen, und möchten nur noch einen practisch wichtigen Punkt hervorheben. Schwabach hatte in seiner Arbeit über den Werth des Rinne'schen Versuchs (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. XIV, 1. Heft. — Referat in dieser Monatsschrift 1885, pag. 41) darauf hingewiesen, wie wichtig für die differenzielle Diagnose der Erkrankungen des schallleitenden und schallpercipirenden Apparates die Bestimmung der Zeitdauer sei, während welcher die auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel gehört wird, und eine Combination dieser Zeitmessung mit dem Rinne'schen Versuch besonders empfohlen; bei objectiven Veränderungen am Schallleitungsapparate und negativem Rinne'schen Versuch konnte Schw. eine Verlängerung der Perceptionsdauer in 94,4 pCt. der Fälle nachweisen. Bezold erkennt in obigen Untersuchungen den Werth der Methode an und kommt zu ähnlichen Resultaten.

Am Schlusse seiner Arbeit spricht B., anknüpfend an die Thatsache, dass tiefe Töne bei Trommelfellanspannung (negativem Valsalva etc.)

Digitized by Google

ganz oder theilweise erlöschen, dass ferner bei grossen Trommelfelldefecten das Hören hoher Töne nicht beeinträchtigt zu sein braucht, während tiefe Töne nur schlecht oder gar nicht percipirt werden, sowie dass bei Erkrankungen des Schallleitungsapparates die tiefen Töne durch Luftleitung gar nicht gehört werden, eine Thatsache, die auch B. bei seinen Untersuchungen bezüglich des von Obertönen freien A bestätigt fand, die Vermuthung aus, „dass der Schallleitungsapparat nur die Ueberleitung für die Schallwellen des unteren Theiles der Tonscala, welche per aërotympanale Leitung unser Ohr treffen, vermittelt; für den oberen Theil der Scala ist derselbe entbehrlich". Keller.

Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Eröffnung des Processus mastoideus. Von A. Hedinger in Stuttgart. (Zeitschr. für Ohrenheilkunde, Bd. XVII, Heft 3 u. 4.)

Der Verfasser veröffentlicht im Vorstehenden zwei Fälle von Warzenfortsatzerkrankung mit operativer Behandlung, von welchen der eine, welcher letal verlief und bei dem die Section ausgedehnte cariöse Zerstörungen nach dem Schädelinnern hin ergab, weniger Interesse beansprucht als der zweite, insofern als es hier trotz energischen operativen Vorgehens nicht gelang, die Quelle der Eiterung im Knochen nachzuweisen. Nach acuter purulenter Otitis media mit ergiebiger Perforation hatte sich eine Entzündung des Warzenfortsatzes und schliesslich ein Abscess hinter dem Ansatze des Sternocleidomastoideus herausgebildet; trotzdem der ganze Fortsatz weggemeisselt und der Abscess hinter dem Muskel aufgefunden und gespalten worden war, konnte die Communication desselben mit dem centralen Eiterherd im Knochen nicht nachgewiesen werden. H. glaubt in diesem Falle eine Erkrankung des bei einer grösseren Zahl von Präparaten nachweislichen Knochenwulstes annehmen zu dürfen, welcher, hinter der Incisura mast. gelegen, noch zum eigentlichen Warzenfortsatz anatomisch zugehörig ist und unter einer sehr dünnen spongiösen Decke Hohlräume enthält, die mit den grösseren Warzenfortsatzzellen communiciren. Anschliessend an die bekannte Arbeit von Bezold (ein neuer Weg für Ausbreitung eitriger Entzündungen aus den Räumen des Mittelohres etc. Berl. klin. Wochenschr. No. 28, 1881) räth auch H., in solchen Fällen nicht sowohl das Antrum zu eröffnen, als die Wegmeisselung des ganzen Proc. mast. und vorsichtige Eröffnung der hinteren besagten Knochenspange vorzunehmen. In vorstehendem Falle war die bereits vorbereitete Operation unnöthig geworden, indem sich die Eiterung unerwartet rasch zurückbildete und die Abscessöffnung definitiv schloss. Keller.

Ein Fall von acutem Mittelohrcatarrh mit Schwindel, Facialisparese und Oedem des untern Augenlides derselben Seite. (Acute Catarrhal Inflammation of the Ear; with Vertigo, Paresis of Facial Nerve and Oedema of Eyelid of Same Side.) Von W. C. Ayres in New-Orleans. (N.-O. Med. and Surg. Journ., April 1887.)

Inhalt im Titel angegeben. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Was ist eigentlich die Ménière'sche Krankheit? (What is Ménière's Disease?) Von Charles H. Burnett in Philadelphia. (The Polyclinic [Philadelphia], April 1887.)

Die echte Ménière'sche Krankheit setzt ein vor ihrem Auftreten vollkommen gesundes Gehörorgan voraus und ist äusserst selten. B. hat einen reinen Fall dieser Art noch nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt, wohl aber häufig genug das Auftreten des M.'schen Symptomencomplexes bei präexistirendem Gehörleiden. A. Sch. (N.-Y.)

Einundzwanzig Fälle von Verletzung des Ohres. (A Report of Twenty-One Cases of Traumatic Lesions of the Ear With Remarks.) Von Gorham Bacon in New-York. (N.-Y. Med. Journ., 7. Mai 1887.)

Die traumatische Einwirkung war in den einzelnen Fällen Schlag oder Fall auf den Kopf, Explosion in der Nähe und directe Einwirkung irgend eines Fremdkörpers auf die Wand des äusseren Gehörgangs und das Trommelfell. Wie schon in einer früheren Arbeit, so betont Verf. auch jetzt, dass die meisten Fälle von Trommelfellruptur in Folge plötzlicher Verdichtung oder Verdünnung der Luft im äusseren Gehörgang durch vorhergegangene Krankheitsprocesse alterirte Gehörorgane betreffen. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Rhinologische:

Wann sind chirurgische Eingriffe bei Nasencatarrh indicirt? (What Cases of Nasal Catarrh require Surgical Treatment?) Von Clarence C. Rice in New-York. (N.-Y. Med. Journ., 7. Mai 1887.)

Verf. gesellt seine zu den sich immer mehrenden warnenden Stimmen, welche mit Rücksicht auf schlimme, nicht mehr gutzumachende Folgen dem maasslosen Schneiden, Schnüren, Bohren, Aetzen und Brennen in der Nasenhöhle bestimmte Grenzen setzen wollen. A. Sch. (N.-Y.)

Entfernung einer Haarnadel aus der Nasenhöhle. (A Foreign Body in the Nasal Cavity. — Removal.) Von J. A. Stucky in Lexington, Kentucky. (The American Practitioner and News [Louisville], 5. März 1887.)

Der Fremdkörper war dem Pat., einem 23jähr. Manne, vor 5 Monaten beim Herumstochern in der Nase aus den Fingern geglitten und befand sich im obern Theile der rechten Nasenhöhle. Um zu ihm zu gelangen, musste erst ein „membranöser Verschluss des mittlern und obern Nasenganges" mittelst des Messers durchtrennt werden. Die Extraction von vorne gelang nicht, weil die freien Enden der Haarnadel nach vorne lagen und sich in der Schleimhaut fingen, wohl aber konnte der Fremdkörper nach hinten gestossen, unter Zuhilfenahme des rhinoscopischen Spiegels gefasst und durch den Mund zu Tage befördert werden. A. Sch. (N.-Y.)

Ozaena und Rhinitis foetida. Von de Campos Sales. (Revista Clinica. — St. Louis Med. and Surg. Journ., December 1886.)

Die diagnostischen Unterschiede sind folgende: Wahre Ozaena ist congenital, unabhängig von Ulcerationen in der Nase. Sie ist charakterisirt durch congenitale Atrophie der unteren Nasenmuschel, wodurch der

Digitized by Google

Raum des Ganges erweitert und so Stagnation der Secrete und secundäre Ulceration der Schleimhaut veranlasst wird. Die Ursache dieser Krankheit ist ein Diplococcus. Bei chron., symptomatischen Rhinitiden ist Fötor selten, und wenn er vorhanden, so beruht er stets auf Ulcerationen der Schleimhaut oder des knöchernen Gerüstes der Nase. Weder das Alter des Kranken, noch die Form der Nasengänge hat auf den Fötor, der übrigens transitorisch ist, Einfluss. —s.

Bemerkungen über die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Considérations sur les tumeurs adénoides du pharynx nasal.) Von Dr. Noquet. (Communication faite à la société centrale de médécine, séance du 23. Avril 1886.)

Verf. giebt drei eclatante Beispiele von verschiedenen Graden der Entwickelung der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes: Sie betreffen je einen 17jährigen, 16jährigen und 18jährigen Patienten; an diese drei Krankengeschichten schliessen sich die Geschichte, die genaue Beschreibung der Symptome, sowie die jetzt allgemein übliche Behandlung der Krankheit. Dr. P. K.

Cauterisation of the Nasal Mucous Membrane for Facial Neuralgia. Von Prof. Pitres. (Journ. de Médecine de Bordeaux. — St. Louis Med. and Surg. Journ., April 1887.)

Ein Sänger war nach einem acuten Schnupfen von doppelseitiger Trigeminusneuralgie befallen worden, die keinem der inneren Mittel weichen wollte. Da entdeckte Dr. Lichtwitz, P.'s Assistent, eine intensive Schwellung der Schleimhaut der Nasenmuscheln. Er cauterisirte mit Chromsäure und nach 8 Tagen war die Neuralgie verschwunden. —s.

Unfall bei Entfernung eines Nasopharyngealtumors. (A Case of Naso-Pharyngeal Growth.) Von Samuel Johnston in Baltimore. (Verhandl. d. Amer. Laryng. Assoc., 1886. — New-Yorker Med. Journal, 23. April 1887.)

Während des Abschnürens der Geschwulst brach der Stiel des Ecraseurs nahe an der Drahtschlinge ab. Stielende und Drahtschlinge wurden nun mehrere Tage in situ gelassen. — Sowohl die Geschwulst, als auch der abgebrochene Theil des Instrumentes wurden nach manchen vergeblichen Versuchen endlich doch glücklich zu Tage gefördert.
A. Sch. (N.-Y.)

Fall von Nasenstein. (Case of Rhinolith.) Von Cresswell Baber. (Lancet, 16. April 1887.)

Zwölfjähriges Mädchen, welches sechs Jahre übelriechenden Ausfluss aus der Nase hatte. Der Kern des Steines bestand aus einem Läppchen.
Dr. M. Schm.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Tre casi di cefalalgia faringo-timpanica. Von P. Masucci. (Giornale internazionale delle scienze mediche.)

Verf. beschreibt 3 von ihm in allerjüngster Zeit beobachtete Fälle von Cephalalgia pharyngo-tympanica des Näheren:

I. Fall. Ein 27jähriger Mann, phthisisch hereditär belastet, klagte über stechende und schiessende Schmerzen in der rechten Schläfe, welche anfallsweise vorkamen und sich manchmal derartig steigerten, dass Pat. keinen Augenblick Ruhe finden konnte; die Stimme war belegt. Die Untersuchung ergab: chronischen Rachen- und Mittelohrcatarrh, enorme Druckempfindlichkeit des Temporalpunktes; rechte Kopfhälfte hyperästhetisch.

II. Fall. A. T., ein 17jähriges Mädchen, neuropathisch veranlagt, bot bei der Untersuchung Folgendes: Linksseitige Schläfen- und Hinterhauptkopfschmerzen, welche anfallsweise vorkamen, meistens ziehend und reissend waren und sich bis auf's Schauderhafteste steigerten; Belegtsein der Stimme; schmerzhaftes Druckgefühl im Halse; chronischer Rachen- und Mittelohr-Catarrh; hochgradige Hyperästhesie der ganzen linken Schläfengegend; Trommelfell links getrübt und vor und hinter dem Hammergriff stark eingesunken; hintere Pharynxwand mit zahlreichen, lebhaft gerötheten Granulationen besetzt.

III. Fall. M. T., ein 19jähriger Jüngling, neuropathisch veranlagt, bot im Grossen und Ganzen ein dem obenerwähnten identisches Krankheitsbild. Merkwürdiger Weise gaben die heftigen Kopfschmerzen bei allen diesen 3 Fällen den einzigen Grund für die Patienten ab, sich in ärztliche Behandlung zu stellen. — Die vom Verf. bei allen 3 Fällen eingeschlagene Therapie bestand in Lufteinblasungen durch die Tuba Eustachii und Bepinselungen des Pharynx mit Jodglycerin, und wurde stets nach einer zwei- bis dreimonatlichen Behandlung eine vollständige Genesung erzielt. Schliesslich bespricht er das Causalmoment dieser Krankheit, erörtert die sinnreichen, von Legal ausgesprochenen Vermuthungen und neigt zur Annahme hin, dass der Ausgangspunkt der Krankheit in einer Erregung der Mittelohrschleimhautnerven zu suchen sei; das sich einstellende Symptomenbild dürfte als ein centraler Irradiationsvorgang aufgefasst werden. V. Meyer (Neapel).

Le injezioni di sublimato corrosivo negli infiltrati gommosi. Von F. Cardone. (La Riforma Medica.)

Um die Rückbildung der gummösen Infiltrate zu beschleunigen, ist Verf. auf den Gedanken gekommen, die Sublimat-Einspritzungen auf dem Gebiete des Infiltrats selbst, und zwar an seiner Basis vorzunehmen. Diese Methode hat er bis jetzt an 3 Patienten im tertiären Stadium der Syphilis in Ausführung gebracht, und die dadurch erzielten Erfolge klingen ausgezeichnet.

I. Fall. A. C., ein 13jähriges Mädchen, kam am 19. April auf die Klinik. Status praesens: hochgradige gummöse Infiltration der Stimmbänder, welche das Auftreten einer schweren Larynxstenose befürchten lässt. Haselnussgrosse, starke Schlingbeschwerden verursachende Infiltration an der Zungenbasis. Da durch Injectionen in der Schultergegend

Digitized by Google

nicht viel zu erreichen war, machte Verf. in 5 Tagen 3 Sublimat-Injectionen an der Basis der gummösen Zungeninfiltration. Der Erfolg übertraf alle gehegten Erwartungen. Die Infiltration an der Zungenbasis schrumpfte und nach wenigen Tagen war sie fast verschwunden.

II. Fall. Eine 50jährige Frau zeigte an der Nasenspitze eine hässliche, entstellende, gummöse Infiltration, welche schon lange durch Jodkalium erfolglos bekämpft worden war. Von diesem Mittel wird kein weiterer Gebrauch gemacht. Durch 4 Sublimat-Injectionen in die erkrankten Gewebe wird die gummöse Infiltration zum Schwinden gebracht.

III. Fall. M. G., ein 40jähriger Mann, Kräutersammler, zeigt zahlreiche Gummigeschwülste an den Schultern und am Halse. Nach sechs parenchymatösen Injectionen in eine grosse, noch nicht ulcerirte, am Nacken sitzende Gummigeschwulst reducirt sich dieselbe bedeutend und nach einigen Tagen ist sie vollkommen verschwunden. Die anderen Gummigeschwülste, welche dieser Behandlung nicht unterworfen wurden, fielen inzwischen dem Zerfall anheim und verursachten grosse Substanzverluste.

V. Meyer (Neapel).

Postiouslähmung, Lungentuberculose, Tabes dorsalis. (Paralysie des muscles cricoaryténoidiens postérieurs, tuberculose pulmonaire, tabes dorsalis.) Von C. Hischmann. (Annales des maladies du larynx No. 5.).

Eine 43jähr. Nähterin bekam 1877 plötzlich Strabismus convergens am rechten Auge. 1885 kam sie wegen Schmerz in den Beinen und schmerzhaftem Gürtelgefühl in's Spital. Infiltration beider Lungen; Aphonie, welche plötzlich eingetreten war; grosse Laryngealdyspnoe. Larynxinnere gesund, Phonationsstellung der Stimmbänder beim Athmen sowohl wie beim Sprechen. Fehlen des Kniephänomens; sonst keine tabetischen Erscheinungen.

Das nervöse Larynxleiden wurde seiner Entstehung gemäss und in Anbetracht der anderen plötzlich aufgetretenen Symptome auf Tabes zurückbezogen.

(Ein Beweis, dass Larynxerscheinungen bei beginnendem Tabes vorkommen und dass das Laryngoscop ein unentbehrliches Hilfsmittel bei der Diagnose des Tabes ist. Der Referent.) Dr. P. K.

Nachtrag über einen Fall von Crioocarytaenoideus postious-Lähmung, welcher im Jahre 1879 vorgestellt wurde. Sectionsbefund. (Histoire ultérieure d'un cas de paralysie des cricoaryténoidiens postérieurs présentée à la première réunion de la société en 1879, avec autopsie et présentation de pièces.) Von Dr. J. Solis Cohen. (Société de laryngologie d'Amérique, 27. Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 8.)

Ein 48jähr. Mann litt an Larynxkrämpfen in solchem Grade, dass er bewusstlos zu Boden sank. Als Kind hatte er eine Paukenhöhlenentzündung und seitdem genügte das Einführen eines Fingers in das betreffende Ohr, um Larynxkrämpfe hervorzurufen. Das Laryngoscop zeigte Lähmung des linken Cricoaryt. posticus; das rechte Stimmband legte sich während das Spasmus an das linke gelähmte fest an. Amyl-

Digitized by Google

nitrat und Chloroform halfen während einiger Zeit; später musste die Tracheotomie gemacht werden; die Lähmung erstreckte sich auch auf den rechten Cricoarytaenoideus posticus; später entstanden alle Symptome der „Tabes dorsalis". Die Section ergab Atrophie des Opticus; beide Recurrentes, besonders der rechte, waren unverändert.

Referent erinnert hierbei, dass das Laryngoscop neben dem Augenspiegel berufen ist, eine wichtige Rolle in der Diagnose der Gehirn- und Rückenmarksleiden und speciell der Tabes dorsalis zu spielen.

Dr. P. K.

Paralisi e crisi laringee come contributo allo diagnosi dell'inizio dell'atassia locomotrice. Von F. Felici. (Arch. ital. di Laryng.)

Hochinteressanter Fall, welcher einen Einblick in die bei der Tabes vorkommenden Larynxstörungen gewinnen lässt.

M. V., eine 53jähr. Frau, syphilitisch inficirt, wurde vor 10 Jahren von fast beständigem Zittern des Kopfes und Störungen der Hautsensibilität (Gefühl von Taubsein) befallen. Vor drei Monaten stellten sich Schlingbeschwerden und Dyspnoe ein. Status praesens (Januar 1887): Abnahme des Tastsinnes und der Schmerzempfindung; atactischer Gang; Aufgehobensein des Patellarreflexes; Pupillenstarre. Die Spiegel-Untersuchung ergiebt Folgendes: Beim Phonationsversuche treten die Stimmbänder in der Mittellinie zusammen; bei der Inspiration hingegen „entfernen sie sich nur wenig von der Mittellinie und das rechte Stimmband ist weit weniger beweglich, als das linke". — Diagnose: Beginnende Tabes. Als Ursache der Dysphagie wird eine Läsion des Glosso-pharyngeus angesprochen, während die Lähmung der Stimmbandabductoren dem Ausfall der Thätigkeit der Musc. crico-arytaenoid. post., und zwar einer Veränderung des Nervus spinalis und des Vagus (partielle Sclerose des Bodens der Rautengrube) zugeschrieben wird.

Die vom Verf. gezogenen Schlussfolgerungen sind folgende:

a) Bei der Tabes können nicht nur Larynxcrisen, sondern auch Kehlkopflähmungen oder Beides zugleich vorkommen.

b) Findet sich ohne nachweisbare Ursache ein- oder beiderseitige Lähmung der Stimmbandabductoren vor, so muss man das mögliche Auftreten von Tabes in's Auge fassen und natürlich den Kranken sorgfältig und ununterbrochen beobachten.

c) Die Behandlung muss auf Linderung der Störungen hinstreben, und der Arzt muss selbstverständlich stets auf die Ausführung der Tracheotomie gefasst sein.

d) Die durch Kali bromic. und Cocain. muriatic. erzielte Besserung bestätigt zum Theil Charcot's Meinung, derzufolge die Ursache der Larynxcrisen einer Hyperästhesie der Kehlkopfschleimhaut und Uebererregbarkeit der Nervencentren zugeschrieben werden muss.

V. Meyer (Neapel).

Ueber Combination von syphilitischen und tuberculösen Larynxgeschwüren. (Associated Syphilitic and Tubercular Ulceration of the Throat.) Von J. D. Arnold in San Francisco. (Pacific Med. and Surg. Journal, April 1887.)

Bei einem 28jährigen Phthisiker, der auch syphilitisch inficirt war,

Digitized by Google

heilten unter Jodquecksilber-Behandlung Geschwüre an den Stimmbändern und der Epiglottis; dabei persistirte aber eine gleichzeitig bestehende Schwellung der Arytaenoidknorpel und ein zwischen letzteren befindliches grösseres Geschwür. Pat. ging nicht lange darauf unter den Erscheinungen tuberculöser Enteritis zu Grunde. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber das Verhältniss der Kehlkopf- zur Lungenphthise. (The Relation of Laryngeal to Pulmonary Phthisis and the Importance of Local Treatment.) Von Clarence C. Rice in New-York. (Med. Record, 23. April 1886.)

Nicht jede bei Lungentuberculose auftretende geschwürige Laryngitis ist nothwendigerweise eine tuberculöse. Ist sie es nicht, dann kann sie durch geeignete Localbehandlung geheilt werden. A. Sch. (N.-Y.)

Exstirpation des Kehlkopfes. (Excision of the larynx.) Von W. Gardner, Adelaide. (Lancet, 7. Mai 1887.)

Der Fall betraf einen sechszigjährigen Schuhmacher, der seit zwei Jahren heiser geworden. Bei der Operation fand Verf. eine rechtwinklig gebogene Röhre vom Durchmesser der Trachea sehr geeignet zur Verhinderung des Bluteintritts in die Trachea.

Patient hatte schon nach vier Monaten ein Recidiv.

Dr. M. Schm.

Ueber den Kehlkopfkrebs. Von W. Lublinski. (Berliner klin. Wochenschrift No. 8, 1886.)

Ref. giebt in diesem Vortrage eine vollständige Monographie dieser Erkrankung vom laryngologischen Standpunkt aus. Er erörtert zuerst den Sitz der primären Neubildung, die Aetiologie derselben, sowie die in manchen Fällen nicht zu läugnende hereditäre Beanlagung. Nachdem noch die pathologische Anatomie des Larynxkrebses kurz besprochen, wird eine genaue Beschreibung der Symptome gegeben und für die Diagnose des Leidens in einem frühen Stadium die laryngoscopische Untersuchung und die intralaryngeale Exstirpation eines minimalen Theiles der Neubildung behufs microscopischer Untersuchung als durchaus nothwendig erörtert. Nachdem die verschiedenen laryngoscopischen Bilder beschrieben und an einzelnen Fällen demonstrirt wurden, folgt eine eingehende Differenzirung des Carcinoms von der Lues und der Tuberculose, nachdem noch kurz auf die Verschiedenheit von Lupus und Lepra aufmerksam gemacht worden war. — Zum Schluss wird die Therapie besprochen, eine Statistik der bisher geheilt gebliebenen Fälle gegeben und als Resultat eine frühzeitige operative Behandlung verlangt, die entweder in der Exstirpation des ganzen Organs, oder, wenn noch möglich, in der partiellen Resection desselben zu bestehen hätte. Um aber ein günstiges Resultat zu erlangen, muss die Krankheit frühzeitig erkannt werden, was nur mit Hilfe der laryngoscopischen Untersuchung möglich ist.

Ueber centrale Larynxlähmungen. (Des paralysies laryngées d'origine centrale.) Von Dr. Cartaz. (France médicale No. 134 et 135 und Revue mensuelle de laryngologie No. 3.)

Verf. giebt die Beschreibung von vier bei Charcot beobachteten

Digitized by Google

Krankheitsfällen, wo die Larynxlähmung centraler Natur war und immer die Adductoren betraf. Er beschreibt dann 3 Fälle von halbseitiger Lähmung, wo die Abductoren des Larynx an derselben Seite gelähmt waren. Dr. P. K.

Die percutane Einspritzung von Flüssigkeiten in die Trachea und ihre Wirkung auf die Lungen und den Gesammtorganismus. (De l'injection percutanée de liquides dans la trachée et de leur action sur les poumons et sur l'organisme) Von Dr. Sehrwald. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, Décembre 1886 und Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

1) Das Einführen einer Canüle durch die Tegumente ist leicht und gefahrlos.

2) Die Einspritzung bewirkt Husten; letzterer wird fast gänzlich vermieden, wenn die Injectionsflüssigkeit, auf die Höhe der Körpertemperatur gebracht, langsam und in schleimiger Form eingespritzt wird.

3) Bei einem 16 Pfund wiegenden Hunde bleibt eine Einspritzung von 10—25 Grammen ($^1/_{25}$ — $^1/_{10}$ der Respirationsfläche) ohne Wirkung; 100 Gramm werden gut vertragen; das Maximum beträgt 250 Gramm, welche jedoch durch Angewöhnung auf 775 Gramm gebracht werden können (das Dreifache der Respirationsfläche).

4) Steht der Hund senkrecht, so dringt die Flüssigkeit nicht in die Lungenspitzen; der Effect ist aber besser, wenn man eine schleimige Flüssigkeit anwendet oder wenn man die Respirationsbewegungen anregt; durch geeignete Stellung bringt man übrigens die Respirationsflüssigkeit an welche Lungentheile man will.

5) Die Flüssigkeit durchdringt alle Lungentheile, selbst die Knorpel, die Neoplasmen, die Bronchialdrüsen und geht bis in die Nieren.

6) Die Resorption durch die Lungen geschieht schneller, als durch den Darmcanal. Bei horizontaler Lage, bei langsamem Einspritzen namentlich verdickter Flüssigkeiten geht die Resorption langsamer von statten.

7) In fünf Tagen Zeit kann die Lunge des Hundes eine Menge Flüssigkeit, deren Gewicht das vierfache des Lungengewichtes ausmacht, absorbiren.

8) Demgemäss wirken die auf diese Weise angewandten Medicamente schneller und in geringerer Dosis.

9) Das Einführen der Medicamente in die Lungen nähert sich noch am meisten der Einspritzung direct in das Blut. Dr. P. K.

Behandlung der Lymphdrüsenschwellung mit Arsenik. (Lancet, 2. April 1887.)

Mr. Treves machte in der Clinical Society of London Mittheilung über eine Anzahl nicht leukämischer Fälle von Lymphdrüsenschwellung am Halse, welche durch einen mehrmonatlichen inneren Gebrauch von Liqu. arsenic. heilten. In der Discussion bestätigten mehrere Redner das Ergebniss, theilweise auch durch Einspritzungen des Liquors in die Drüsen. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Ein silbernes Fünffrankenstück im Oesophagus. (Pièce de cinq francs en argent dans l'oesophage.) Von Dr. Villette. (Bulletin médical du Nord, No. 3, 1887.)

Bis jetzt ist kein authentischer Fall von einem silbernen Fünffrankenstück im Oesophagus bekannt. Ein Wirth fing nach einem guten Mittagessen ein in die Luft geworfenes silbernes Fünffrankenstück mit dem Munde auf; die Münze glitt in den Pharynx und in den Oesophagus. Beschwerden beim Athmen, Sprechen und Schlingen. Untersuchung mittelst Finger und Spiegel führte zu keinem Resultat. Nach dem dritten Versuche mit der von Graefe'schen Korbsonde kam die Münze zum Vorschein. Dr. P. K.

Berichtigung.

Der Schlusssatz meiner Mittheilung eines Falles von „Doppelseitiger Paralyse der Glottis-Erweiterer in Folge von Druck etc." in No. 5 dieses Jahrganges muss lauten: „Fälle, wie der vorliegende, sind es, welche so leicht den Glauben zu erwecken vermögen, dass die schwere Läsion eines Recurrens genügt, sei es durch welchen Vorgang immer, beide Mm. arytaenoidei postici functionsunfähig zu machen."

Dr. Beschorner.

Inhalt.

I. Originalien: Katz: Beitrag zur anatomischen Präparation des häutigen Labyrinthes. — Gruber: Ueber das Vorkommen grünen Eiters im Ohre (Schluss). — Strauch: Untersuchungen über einen Micrococcus im Secret des Nasenrachenraumes (Schluss). — Hopmann: Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen? (Fortsetzung.) — Dos: Zur Lehre vom Husten. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Gruber: Ueber spontane Dehiscenz des Schläfenbeines und deren Bedeutung für die practische Ohrenheilkunde. — Kosegarten: Ueber durch Schalleinwirkung zu erzeugende Gehörsverbesserung bei Ceruminalpfröpfen. — Bezold: Statistische Ergebnisse über die diagnostische Verwendbarkeit des Rinne'schen Versuchs und eine daraus sich ergebende Erklärung für die physiologische Function des Schallleitungsapparates. — Hedinger: Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Eröffnung des Processus mastoideus. — Ayres: Ein Fall von acutem Mittelohrcatarrh mit Schwindel, Facialisparese und Oedem des untern Augenlides derselben Seite. — Burnett: Was ist eigentlich die Ménière'sche Krankheit? — Bacon: Einundzwanzig Fälle von Verletzung des Ohres. — b) Rhinologische: Rice: Wann sind chirurgische Eingriffe bei Nasencatarrh indicirt. — Stucky: Entfernung einer Haarnadel aus der Nasenhöhle. — Sales: Ozaena und Rhinitis foetida. — Noquet: Bemerkungen über die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Pitres: Cauterisation of the Nasal Mucous Membrane for Facial Neuralgia. — Johnston: Unfall bei Entfernung eines Nasopharyngealtumors. — Baber: Fall von Nasenstein. — c) Pharynge-laryngologische: Masucci: Tre casi di cefalalgia faringo-tympanica. — Cardone: Le injezioni di sublimato corrosivo negli infiltrati gommosi. — Hischmann: Posticuslähmung, Lungentuberculose, Tabes dorsalis. — Cohen: Nachtrag über einen Fall von Cricoarytaenoideus posticus-Lähmung, welcher im Jahre 1879 vorgestellt wurde. — Felici: Paralisi e crisi laringee come contributo allo diagnosi dell'inizio dell'atassia locomotrice. — Arnold: Ueber Combination von syphilitischen und tuberculösen Larynxgeschwüren. — Rice: Ueber das Verhältniss der Kehlkopf- zur Lungenphthise. — Gardner: Exstirpation des Kehlkopfes. — Lublinski: Ueber den Kehlkopfkrebs. — Cartaz: Ueber centrale Larynxlähmungen. — Sehrwald: Die percutane Einspritzung von Flüssigkeiten in die Trachea und ihre Wirkung auf die Lungen und den Gesammtorganismus. — Treves: Behandlung der Lymphdrüsenschwellung mit Arsenik. — Villette: Ein silbernes Fünffrankenstück im Oesophagus. — Berichtigung.

Die **otologischen** Beiträge und Referate beliebe man fortan an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, die **pharyngo-laryngologischen** dagegen an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Strasse 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, August 1887.** **No. 8.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ein besonders interessanter Fall von Otitis tuberculosa.

Von

Dr. **Francesco Cardone** in Neapel.

Das häufige Zusammentreffen der Otorrhoe mit der Lungen-, Darm- und Hirntuberculose ist eine längst bekannte Thatsache; doch erst den ausdauernden und hingebungsvollen, in allerjüngster Zeit gemachten Untersuchungen hervorragender Gelehrter verdanken wir unsere Kenntnisse über das Wesen der mit der Lungentuberculose einhergehenden Entzündungsprocesse des Ohres. In der That bieten letztere so viel Eigenthümliches, dass sich die Otologen bewogen sahen, denselben eine besondere Beachtung zu schenken, und manch' verdienstlicher italienischer Otolog, wie Grazzi[1]), Bobone und Morpurgo[2]), hat in seinen Werken ein besonderes Capitel der Otitis phthisica gewidmet. — Zwar neigte bis vor Kurzem die überwiegende Mehrzahl der Autoren dahin, die Existenz der Otitis tuberculosa in Abrede zu stellen, und der entgegengesetzten Meinung einzelner Forscher lagen nur einige Untersuchungen von

[1]) Manuale d'Otologia. Firenze 1887.
[2]) Bollettino per le malattie della gola etc., 1883.

Digitized by Google

Schwartze[3]) und — wie Tröltsch[4]) ganz richtig sagt — zweifelhafte Befunde von Rilliet und Barthez[5]), Nelaton, Grisolle[6]) und Zaufal[7]) zu Grunde. Heutzutage gestaltet sich jedoch diese Frage wesentlich anders. Dank den Forschungen von Schütz[8]), welcher wiederholt auf die Häufigkeit der tuberculösen Processe im Mittelohre der Schweine hinwies, von Heschle[9]), dessen Untersuchungen über die Koch'schen Bacillen im otorrhoischen Secrete der Phthisiker das Wesen der Krankheit näher beleuchtet haben, von Voltolini[10]), welcher über zwei Fälle berichtet hat, wo er in der Otorrhoe mit Sicherheit Tuberkelbacillen nachweisen konnte, von Habermann[11]), von Ritzefeld[12]), von Nathan[13]), von Walb u. A. ist der unumstössliche Beweis geliefert worden, dass bei den Phthisikern sowohl eine nichttuberculöse, als auch eine tuberculöse Otitis vorkommen kann.

Dies vorausgeschickt, sei mir nun gestattet, nachstehend einen von mir im laufenden Jahre beobachteten Fall von Otitis tuberculosa in Kürze zu schildern.

A. V., ein 18jähriger Jüngling aus Neapel, schwächlich gebaut, hatte früher schon manchmal fieberhafte Krankheiten, Mandelentzündungen und Pharynxcatarrhe erlitten, was mit Rücksicht auf seine traurig klingende Anamnese (er stammte aus einer Familie, in welcher die Schwindsucht schon mehrere Opfer gefordert hatte) wohlbegründete Besorgnisse erregte. Mitte Januar dieses Jahres stellte sich auf der linken Seite, unerwarteterweise und ohne irgend welche Vorboten, Otitis ein. Auf Anrathen eines Arztes machte der Kranke Durchspülungen mit Carbolwasser vom Gehörgang aus; doch brachten dieselben keine Besserung, was den Kranken bewog, mich zu Rathe zu ziehen. Bei der Untersuchung des linken Ohres fand ich Folgendes: Erhebliche centrale Perforation des Trommelfells; Geschwollensein der Paukenhöhlenschleimhaut; lebhafte Röthung des äusseren Gehörganges; mässige Eiterung. Rechts war nur eine leichte Trübung des Trommelfells, das sehr wenig gespannt war, zu constatiren. Die von mir vorgeschriebene Borsäurebehandlung brachte Anfangs nur leichte Besserung; aber schon einen Monat später stellte sich auch rechts eine seröse Secretion ein, während linkerseits das Secret reichlicher und übelriechend wurde. Eine abermalige Untersuchung ergab: rechts: Perforation des Trommelfelles; links: Weitergreifen des zerstörenden Processes; von dem Trommelfell blieb nur ein kleines Segment

---

[3]) Handbuch der pathol. Anat. von Prof. Klebs. 6. Liefer., Berlin 1878, und Archiv für Ohrenheilk., Bd. V.

[4]) Malattie dell'Orecchio dei Bambini 1886.

[5]) Traité des maladies des enfants. Bruxelles, II.

[6]) Recherches sur les affections tubercul. des os. Paris 1837.

[7]) Archiv für Ohrenheilk., Bd. II.

[8]) Virchow's Archiv., Bd. LXVI.

[9]) Deutsche med. Wochenschrift, 25, 1883.

[10]) Ueber Tuberkelbacillen im Ohre. Deutsche med. Wochenschrift.

[11]) Mittheilung über Tuberculose des Gehörorgans. Prager med. Wochenschrift.

[12]) Ueber die Tuberculose des Ohres.

[13]) Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen bei Otorrhoen. Deutsches Archiv f. klin. Med.

Digitized by Google

übrig; die Promontoriumschleimhaut war stark angegriffen und bot stellenweise graue Knötchen dar. Bezold'sche Borbehandlung. Doch trotz dieser sorgfältig durchgeführten Behandlung hörte die Eiterung nicht auf, wenngleich solche nicht mehr so übelriechend war, wie früher. Die Hörfähigkeit war bedeutend herabgesetzt, das linke Trommelfell war fast vollständig zerstört. Der von moralischem Kummer gebeugte und an seiner Zukunft verzweifelnde Kranke magerte sichtlich ab, fühlte sich sehr schwach und brachte ein trauriges Dasein hin.

Die eigenthümliche Ausbruchs- und Verlaufsweise der Krankheit, das Vorkommen von Knötchen auf der Promontoriumschleimhaut, die rapide Zerstörung des Trommelfells, die Reactionslosigkeit der Gebilde, die Hartnäckigkeit des Processes, welcher jeder Behandlung trotzte, waren wohl der Art, wohlbegründete Besorgnisse einzuflössen. Meine Aufmerksamkeit wurde somit auf den Zustand der Brustorgane hingelenkt; trotz sorgfältigster und wiederholter Untersuchungen wurden jedoch keine Symptome, welche den Verdacht auf eine Lungenläsion hätten erwecken können, wahrgenommen. Ich schritt dann zur Untersuchung des Secretes, welche mich über die Natur des Processes aufklärte; in demselben fanden sich nämlich Koch'sche Bacillen, so dass die Richtigkeit der Diagnose nicht zweifelhaft bleiben konnte.

Die locale Behandlung wurde dann energischer in Angriff genommen (Sublimat-Einspritzungen, Einblasungen von Jodoformpulver); zugleich wurde Rücksicht auf eine kräftigende Allgemeinbehandlung genommen und dem Kranken der Aufenthalt am Meeresstrande empfohlen, um ihm die segensreiche Wirkung der Meerluft angedeihen zu lassen. Doch Alles umsonst, denn es stellten sich in Bälde Symptome ein, welche auf das Hinzukommen von Lungentuberculose unverkennbar hindeuteten (hochgradiges Fieber, Athemnoth, profuse Schweisse u. s. w.) und nach kurzer Zeit trat der Tod unter Symptomen von Lungen- und Darmtuberculose ein.

Die Autopsie wurde nicht gestattet.

Es drängt sich jetzt eine Reihe von Fragen auf, deren Beantwortung nicht sehr leicht scheint. Dass die Otorrhoe von tuberculöser Natur war, steht über allem Zweifel erhaben. Ist sie doch wirklich als ein primärer Ausdruck der Infection aufzufassen? Bildete sie wirklich den Ausgangspunkt der Krankheit? Oder trat sie im Gefolge eines latent verlaufenden Lungenprocesses auf? Und die Präexistenz des letzteren zugegeben, war sie schon von Anfang an tuberculöser Natur, oder trat sie als eine rein entzündliche Otitis auf, die im weiteren Verlaufe tuberculös ausartete? Es ist leicht einzusehen, dass man auf diese Fragen vorläufig keine bestimmte Antwort geben kann. Sollte ich jedoch hierüber meine bescheidene Ansicht aussprechen, so würde dieselbe in Folgendem bestehen: Die Aufeinanderfolge der Erscheinungen, d. h. der clinische Verlauf der Krankheit, gestattet, — trotzdem der Kranke hereditär belastet war — die fragliche Otitis als den primären Ausdruck der tuberculösen Infection aufzufassen.

Digitized by Google

Ueber Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers.

Von

Dr. **Ziem** in Danzig.

Im Folgenden soll über Operationen im hinteren Abschnitte der Nase und zwar über die Abtragung der Hinterenden angeschwollener Nasenmuscheln wie auch über die Cauterisation jener bekannten, am hinteren Rande des Septum gelagerten Wülste, beides unter Leitung des in die Rachenhöhle eingeführten Fingers, eine kurze Mittheilung gemacht werden.

1) Ueber die Behandlung der Anschwellungen am Hinterende der Nasenmuscheln spricht Voltolini in folgender Weise sich aus: „Dasselbe Verfahren, die streifenförmige Cauterisation mittelst eines flachen Brenners, kann man auch bei den erectilen Tumoren an dem hinteren Ende der Muscheln befolgen, hier natürlich vom Munde, beziehungsweise vom Rachen aus . . . Man kann den Tumor auch mit einem Male mit der galvanocaustischen Schlinge abtragen, entweder von vorne durch die Nase, wie ich dies in meinem Buche über die Galvanocaustik, S. 254, angegeben, oder vom Rachen aus. In letzterem Falle müssen die Röhren des Instrumentes eine Rachenkrümmung haben und man schiebt unter Leitung des Rhinoscopes die Schlinge um den Tumor (stülpt sie auf denselben auf), nach der Choane hineindrängend. Ich habe auf solche Weise mit einem Male diese Tumoren beseitigt . . .“ [1])

Michel scheint bei der Abtragung derartiger Schwellungen mittelst der Glühschlinge wie auch bei der Cauterisation derselben stets gleichzeitig den Spiegel zu verwenden [2]).

Nach Bresgen fängt man die abgesetzten polypösen Schwellungen der hinteren Muschelenden mit der Schlinge am besten und am sichersten, wenn man diese nach aussen etwas umbiegt, so dass sie durch die Nase in den Nasenrachenraum gelangt, in Folge ihrer Federkraft nach dem zu entfernenden Tumor sogleich hinfedert [3]).

Nach Schwartze ist es, „wenn die galvanocaustische Zerstörung des schwer zugänglichen, polypös entarteten hinteren Endes der unteren Muschel bei öfterer Wiederholung nicht vollständig gelingt, das kürzeste und sicherste Verfahren, die untere Nasenmuschel ganz zu entfernen“ [4]).

Nach Schech ist die Amputation der hinteren Muschelenden „eine sehr schwierige Manipulation“ [5]).

Auch Moldenhauer erklärt die Entfernung dieser Anschwellungen für eine sehr schwierige Operation, „weil dieselben dem sie berührenden Instrumente mit Leichtigkeit ausweichen“. Seiner Meinung nach muss die Operation, „wenn irgend möglich, mit der Glühschlinge gemacht werden, die zweckmässiger Weise lateralwärts abgebogen wird, um von hinten

---

[1]) Rhinoscopie u. Pharyngoscopie, 1879, S. 291.
[2]) Die Krankheiten der Nasenhöhle u. s. w., 1876, S. 60.
[3]) Grundzüge der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten, 1884, S. 108.
[4]) Deutsche Chirurgie, Lief. 32, S. 161, 1884.
[5]) Die Krankheiten der Mundhöhle u. s. w., 1885, S. 197.

Digitized by Google

her die Geschwulst zu fassen . . . Sicher, wenn auch langsamer, kommt man mit mehrmaliger Aetzung mittelst gebogener Flachbrenner zum Ziele. Ist es unerreichbar, diesen Schwellungen von vorn her beizukommen, so bleibt immer noch die Möglichkeit, dieselben vom Nasenrachenraume aus zu zerstören . . ."[6])

Aus dieser kurzen Uebersicht, die sich durch weitere literarische Angaben wohl noch vervollständigen liesse, ergiebt sich also, dass die in Rede stehende Operation entweder von hinten, vom Munde oder von vorne, von der Nase aus, und zwar theils unter Leitung des Spiegels, theils aber auch in der von Voltolini zuerst für die Operation gewisser Nasenpolypen empfohlenen Weise, ohne Controle, durch ein auf gutes Glück beruhendes, versuchsweise unternommenes Einfangen der betreffenden Geschwulst ausgeübt zu werden pflegt.

Es ist klar, dass das letztere Verfahren, das Blindlingserhaschen der Tumoren, nicht unbedeutende Nachtheile in sich schliesst. Auch das erstere Verfahren ist nicht immer leicht zu bewerkstelligen. Es muss daher im Interesse der Kranken als ein Fortschritt bezeichnet werden, wenn Zaufal neuerdings empfohlen hat, solche Anschwellungen in der Weise zu beseitigen, dass die von vorne in die Nase eingeführte Schlinge mit Hilfe eines vom Munde aus eingeführten Fingers um die angeschwollene Parthie herumgelegt werde. Etwas Näheres über Zaufal's, nur aus dem von B. Fränkel in Virchow-Hirsch's Jahresberichte erstatteten Referate mir bekannten Arbeit[7]) vermag ich leider nicht mitzutheilen, doch darf ich die in Rede stehende Methode nach eigener Erfahrung als eine ebenso einfache wie zweckmässige bezeichnen.

Das Princip derselben ist an und für sich ja kein neues. Schon in der früheren, der Erfindung oder Ausübung der Rhinoscopie vorausgehenden Zeit hat man bekanntlich Polypen des Nasenrachenraumes und des hinteren Nasenabschnittes in derselben oder in ähnlicher Weise zu entfernen gesucht oder thatsächlich mit Erfolg entfernt, wie dies z. B. aus dem Roser'schen Handbuche der Chirurgie zu ersehen ist[8]); so haben ferner W. Meyer die Abtragung der adenoiden Wucherungen und V. v. Bruns die galvanocaustische Abschnürung von Nasen-Rachenpolypen unter Controle des in die Rachenhöhle eingeführten Fingers eingehend besprochen. Auch die Cauterisation der angeschwollenen Nasen- und Rachenschleimhaut unter Leitung des Fingers ist schon von v. Bruns empfohlen worden. Er sagt darüber Folgendes:

„In Fällen, in denen die Cauterisation in dem Nasenrachenraume in der beschriebenen pharyngoscopischen Weise nicht ausführbar ist, kann man noch in einer zweifachen Weise vorgehen und zu demselben Ziele gelangen. Entweder führt man zuerst den von Zaufal angegebenen Nasenrachentrichter durch die Nasenhöhle hindurch in die Rachenhöhle an die zu cauterisirende Stelle und durch diese Röhre sodann den Brenner; oder man führt zunächst den linken Zeigefinger durch den Mund in den Nasenrachenraum an die zu cauterisirende Stelle, führt dann den Brenner

---

[6]) Die Krankheiten der Nasenhöhlen u. s. w., 1886, S. 83.
[7]) Virchow-Hirsch, Jahresbericht für 1885, II, S. 123.
[8]) Handb. d. anatom. Chirurgie, 6. Aufl. 1872, S. 77 u. 79.

Digitized by Google

durch die Nasenhöhle hindurch an dieselbe Stelle hin und drückt dessen Brenntheil mit dem Finger dort fest an; jetzt zieht man den Finger aus dem Nasenrachenraum zurück und schliesst dann, während man den Brenner in unveränderter Richtung festhält, die Kette . . ."[9]) In Rücksicht auf die Kranken scheint es allerdings geeigneter zu sein, erst das Operationsinstrument durch die Nase und dann den Finger in den Mund des zu Operirenden einzuführen, sonst bin ich jedoch den Vorschriften v. Bruns' gefolgt und habe seit dem Jahre 1880 Cauterisationen an den Hinterenden angeschwollener Nasenmuscheln in zahlreichen Fällen und mit Vorliebe gerade nach dieser Methode vorgenommen. Es war nur ein Schritt weiter, schliesslich auch die Schneideschlinge in derselben Weise anzuwenden. So habe ich schon im October 1884 bei dem Telegraphenbeamten K. von hier, welcher an asthmatischen Beschwerden und Verschwellung der Nase litt, die kolbig aufgetriebenen Hinterenden beider unteren Nasenmuscheln mittelst der Schlinge und unter Leitung des Fingers entfernt. Um eine Blutung bei diesem äusserst kräftigen und zu starken Congestionen nach dem Kopfe sehr geneigten Herrn zu vermeiden, habe ich damals ein derartig combinirtes Verfahren angewandt, dass mehrere Tage vor der Abtragung der Wülste an verschiedenen Stellen ihrer Peripherie die bedeckende Schleimhaut mittelst eines geraden Flachbrenners tüchtig bearbeitet wurde. Das in dieser Weise maltraitirte, wie mürbe gemachte Gewebe sollte hierdurch zu necrotischem Zerfalle mehr geeignet werden, damit es alsdann ohne grösseren Blutverlust abgeschnürt werden könnte. Es ist auch bei der mehrere Tage später vorgenommenen Abtragung, wobei auf der einen Seite ein über kirschkerngrosses, auf der anderen ein fast kirschengrosses Gewebsstück entfernt wurde, kaum ein Tropfen Blut geflossen. Innerhalb je einer oder zwei Minuten war die Operation auf jeder Seite beendet.

Das Hineingleiten des abzutragenden Stückes in die Schlinge wurde in der, auch von Bresgen und Moldenhauer angegebenen, Weise erleichtert, dass der Schlingenträger vor der Einführung in die Nase seiner Länge nach ein wenig gebogen wurde, so dass die in sagittaler Richtung eingeführte Schlinge nach der Einführung etwas lateralwärts zu liegen kam und das betreffende Gewebsstück mit Hilfe des Fingers nun bequem in die Schlinge hinein geschoben werden konnte. Der ganze Vorgang machte sich so äusserst einfach, dass ich der Meinung der Eingangs erwähnten Autoren, die Abtragung der Hinterenden angeschwollener Nasenmuscheln stelle eine sehr schwierige Leistung dar, für den Fall durchaus nicht beistimmen kann, wenn unter Leitung nicht, wie gewöhnlich, des Spiegels, sondern des Fingers operirt wird.

Auch später habe ich noch öfter Gelegenheit gehabt, das in Rede stehende Verfahren zu erproben. Freilich wird auch diese Methode nicht in allen Fällen Anwendung finden können, besonders dann nicht, wenn die Hand des betreffenden Operateurs einen zu grossen Umfang besitzt, oder wenn die Mundhöhle des Kranken so geräumig ist, dass man mit dem Finger nicht bis zu den Choanen zu gelangen vermag, wie ich dies schon einige Male gefunden habe. Es bleibt dann noch die Möglichkeit,

---

[9]) Die galvanocaust. Apparate und Instrumente, 1878, S. 405 u 455.

Digitized by Google

die betreffende Anschwellung unter Leitung des Spiegels zu operiren oder nach dem von Schwartze gemachten Vorschlage, die untere Nasenmuschel im Ganzen abzutragen, ein Verfahren, welches jedoch wohl nur in äusserst seltenen Fällen unumgänglich nothwendig sein dürfte.

Um eine stärkere Blutung zu vermeiden, wie eine solche in einem von Voltolini mitgetheilten Falle aufgetreten ist[10]), dürfte das beschriebene combinirte Verfahren, eine der Abtragung vorhergehende Cauterisation der Anschwellung besonders vortheilhaft erscheinen. Bei Operationen im Nasenrachenraume, welche eine stärkere Blutung voraussichtlich erwarten lassen, muss ich übrigens das von Roser[11]) bereits vor vielen Jahren empfohlene Verfahren, vor der Operation eine Fadenschlinge durch Nase und Nasenrachenraum durchzuziehen, nach eigener Erfahrung, besonders gelegentlich der früher oftmals von mir geübten Blutentziehungen im hinteren Abschnitte der Nase, als ein sehr zweckmässiges bezeichnen, da mittelst desselben eine allenfalls nothwendig werdende Tamponade ohne Zeitverlust und ohne weitere Störung seitens des durch die Blutung zuweilen aufgeregten und dann unbändigen Kranken alsbald vorgenommen werden kann.

2) Die schon von Semeleder, v. Schrötter, Voltolini u. a. A. beobachteten beziehungsweise operirten Anschwellungen der Schleimhaut am hinteren Rande des Septum können mittelst eines durch die Nase eingeführten geraden Galvanocauters gleichfalls unter Leitung des Fingers ohne Schwierigkeit beseitigt werden. Vor Rückfällen kann man sich und den Kranken allerdings nur dadurch schützen, dass man auch die Ursache, welche zu der Anschwellung Veranlassung giebt, aufdeckt und beseitigt. Bei starker Vergrösserung dieser Gebilde kommen übrigens dieselben Erscheinungen wie bei Tumoren und Polypen der Nase, besonders auch asthmatische und ähnliche Zufälle zur Beobachtung, was Voltolini und bald darauf Ziem schon vor mehr als 7 Jahren hervorgehoben haben[12]).

Meiner Erfahrung nach besitzen die unter Leitung des Fingers ausgeführten Operationen im hinteren Abschnitt der Nase wie auch im Nasenrachenraume, auf welche letzteren hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll, vor den pharyngoscopischen Operationen den grossen Vorzug der Einfachheit. Eine an und für sich einfache Sache soll man, wenn möglich, nicht compliciren. Auch Voltolini, welcher der digitalen im Gegensatze zur pharyngoscopischen Untersuchung im Allgemeinen nicht sehr geneigt ist, erklärt doch, dass Uebung auch hier den Meister mache und dass man auch in dieser Untersuchungsmethode eine grosse Fertigkeit erlangen könne, ja er selbst hat sogar schon gewisse Operationen im Nasenrachenraume und Kehlkopfe unter Leitung des Fingers ausgeführt[13]).

---

[10]) l. c., S. 291.
[11]) l. c., S. 78.
[12]) Voltolini, l. c., S. 101, Ziem, Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1879, No. 12, S. 174.
[13]) l. c., S. 262 u. folg.

Digitized by Google

Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen?

Zugleich eine Antwort auf verschiedene Bemängelungen meiner Classification der gutartigen Nasenpolypen.

Von

Dr. **C. M. Hopmann.**

(Fortsetzung statt Schluss aus No. 7.)

An dem angeführten Beispiele wollte ich klar machen, welcher Art von Polypen ich den Namen „polypoide Hyperplasie“ gebe, weil Barth und auch Moldenhauer*), der mir im Uebrigen zustimmt, die Ansicht geäussert haben, es sei wohl besser, diesen Namen fallen zu lassen und statt von Polypen hier nur von Hyperplasien zu sprechen. Solche Geschwülste unterscheiden sich allerdings nur dem Grade ihrer Entwickelung nach von den bei sogen. hypertrophischem Catarrh der Nasenschleimhaut entstehenden Hyperplasien. Indessen ist gerade die Richtung zur polypoiden Ausgestaltung ihrer Form, welche einzelne Hypertrophien nehmen, so bezeichnend, dass für diese der einfache Name Hyperplasie gerade das äusserlich Bezeichnende der ganzen Erscheinungsform nicht zum Ausdruck brächte, weshalb es nothwendig ist, derartige Hyperplasien noch besonders als polypoide zu kennzeichnen. Dabei will ich noch ganz absehen von dem bisher unaufgeklärten Umstande, dass nur ein verhältnissmässig kleiner Procentsatz aller an hypertrophischer Nasenschleimhaut-Entzündung Leidender im Laufe der Zeit polypoide Hyperplasien davonträgt, während bei der grossen Mehrzahl dieser Kranken der hypertrophische Process keineswegs die Tendenz zur Erzeugung von Hyperplasien in's Ungemessene verräth, sondern auf einer gewissen mittleren Stufe stille steht, ohne überhaupt circumscripte Auswüchse zu erzeugen; ja nach einer sehr verbreiteten Annahme, der ich mich jedoch nicht anschliessen kann (wenigstens nicht in der Allgemeinheit, in der sie gehegt wird), ist die Hypertrophie nur ein Durchgangsstadium, welches schliesslich zur Atrophie der Schleimhaut führt.

Wie ich oben bemerkte, haben wir keine Veranlassung, einen Schleimpolypen hartes Fibrom oder Sarcom zu nennen, wenn einzelne Stellen eines solchen etwa durch Altersveränderungen oder Reizvorgänge verschiedenster Art derber, fasriger, blutreicher oder dichter mit Rundzellen infiltrirt erscheinen. Ebensowenig kann der Umstand, dass polypoide Hyperplasien mitunter grösseren Reichthum an cavernösen Bestandtheilen der Schleimhaut und an erweiterten Capillaren zeigen oder stellenweise oedematös durchtränkt sind, uns bestimmen, den Drüsenpolypen alsdann Angiom oder oedematöses Fibrom zu nennen. Ein für allemal halten wir an dem Grundsatze: A potiore fit nominatio gegenüber von Variationen im Grundcharacter einer Geschwulst fest. Desgleichen sind daher auch schwach angedeutete papilläre Umbildungen der in der Regel glatten Oberfläche eines Schleimpolypen oder eines Drüsenpolypen nicht als etwas Besonderes zu beurtheilen. Derartige Umbildungen kommen sehr oft auch bei einfachen Hyperplasien der Muschelschleimhaut vor: Die normaler Weise papillenfreie, glatte Schleimhaut wird uneben, körnig, vielfach durch parallele Querschnitte, die wenig tief eindringen, gerunzelt, wahr-

*) Die Krankheiten der Nasenhöhlen etc. Leipzig 1886.

Digitized by Google

scheinlich weil das zwischen einzelnen Ausführungsgängen der Drüsen gelegene Gewebe stärker wächst und dadurch viele Drüsenmündungen trichterförmig vertieft werden; vielleicht ist dieser Zustand jedoch auch bei manchen Menschen in der Anlage der Muschel praeformirt oder entwickelungsgeschichtlich im Hinblick auf die „gefaltenen" oder „verästigten" Muscheln mancher Carnivoren zu verstehen (cfr. Zuckerkandl: „Das periphere Geruchsorgan der Säugethiere, Stuttgart 1887). Hiervon gewiss nicht nur dem Grade nach verschieden sind jene Auswüchse der Schleimhaut, deren characteristisches äusseres Merkmal eine in die Breite und Tiefe gehende sehr erhebliche papilläre Ausgestaltung ihrer Oberfläche ist, so dass in Folge dessen die Geschwulst das Aussehen einer kleinen, aus dichtgedrängten Beeren bestehenden Traube, oder, was das Häufigere ist, einer Maul- oder Himbeere gewinnt.

Diese Geschwülste erscheinen noch seltener als Drüsenpolypen in reiner Polypenform. Schwammartig wuchern sie aus kleineren oder grösseren Abschnitten der Schleimhaut hervor. Nicht selten ist der ganze Ueberzug der unteren Muscheln von vorn bis hinten oder doch die hinteren zwei Drittel desselben in ausgesprochene papilläre Geschwulstbildung untergegangen. Letzterer Fälle habe ich mehr als ein halbes Dutzend operirt. Dieses sind dann die von Zuckerkandl*) Taf. X, Figur 46, Mackenzie l. c., Seite 438 (Präparat aus dem Royal College of Surgeons) u. A. abgebildeten Formen, welche im Gegensatze zu der bei anderen Schleimhautauswüchsen üblichen Ausdrucksweise als einfache „Hypertrophie", als Ausdruck einer „hypertrophirenden Blennorrhoe" etc. vorgeführt werden. Ebenso sind die von Mackenzie l. c. als „Hypertrophie der hinteren Muschelenden" gegebenen Abbildungen entschieden als neoplastische Geschwulstbildungen und zwar, dem Bilde nach, als Papillome aufzufassen. Dahin gehört auch die Zuckerkandl'sche Abbildung Taf. III, Fig. 10. Das von letzterem Autor als Unicum, Taf. IX, Fig. 37, abgebildete und einzig und allein „Papillom" benannte Gewächs ist nichts weiter als offenbar dieselbe Geschwulst, statt am hinteren Ende in der Mitte der Convexität circumscript aufsitzend. In Taf. XI, Fig. 47, erkenne ich ebenfalls derartige circumscripte Papillome in mehreren Exemplaren an derselben Muschel. Sobald eine Hyperplasie eine Entwicklungsgrösse wie in den citirten Abbildungen erreicht hat, kann die einfache Bezeichnung „Hypertrophie" oder „Hyperplasie" nur eine ganz und gar unzureichende Vorstellung von den Veränderungen geben, welche zu Stande gekommen sind. Ergiebt die Untersuchung der Nase bewegliche Geschwülste, welche nach Art der Schleimpolypen die Gänge ausfüllen und in die äusseren Oeffnungen hinein- bezw. aus denselben (z. B. die Choanen) herausgewachsen sind, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass man derartige Bildungen mindestens durch den Zusatz polypoid characterisiren muss, wenn man den vorhandenen Thatbestand entsprechend ausdrücken will. Sind diese polypoiden Bildungen von entschieden papillärer Oberfläche, so erscheint der einmal in der Chirurgie und inneren Medicin eingebürgerte und schwerlich mehr zu beseitigende Name Papillom (= Warze) als der sachgemässeste Ausdruck des Befundes. Sind die papillären Geschwülste derart entwickelt, dass sie als grosse

*) Normale und path. Anatomie der Nasenh. Wien 1882.

Digitized by Google

Geschwulstmassen bis zu Wallnussgrösse und darüber von ihren Ausgangsstellen abgetragen werden können (ein Vorkommen, welches ich durch Dutzende von Präparaten belegen könnte), so wüsste ich in der That nicht, was im Wege stände, derartige Geschwülste Nasenpolypen im Allgemeinen und Papillome im Besonderen zu nennen, auch wenn sie der reinen (schmalgestielten) Polypenform nur nahe kommen (was jedoch bekanntlich auch bei vielen Schleimpolypen nicht anders ist). Reine Polypenform haben mitunter einzelne Papillen oder Beeren einer durch lockere, beerenartige Anordnung der Papillen ausgezeichneten, selteneren Modification der Papillome, an welche Ausdrücke wie „traubenartiger Schleimpolyp“ oder „Convolut kleiner, beerenartiger Polypchen“, denen man in Publicationen zuweilen begegnet, anklingen. Eine andere Modification der Papillome zeigt einen blattförmigen Bau, wobei die einzelnen breiten, abgeplatteten und verästelten Papillen wie die Blätter eines Buches aneinandergepresst erscheinen. Die meist vorkommenden Papillome ähneln in Färbung und Contour so sehr reifen Himbeeren, besonders als abgetragene Geschwülste, dass der Name „Himbeerpolyp“ als die entsprechendste populäre Verdeutschung der papillären polypoiden Geschwülste der (unteren) Muschel empfohlen werden kann.

Alle diese Papillome sind weiche Warzengeschwülste, wohl zu unterscheiden von harten, warzigen Neubildungen. Es ist hier am Orte, nochmals besonders hervorzuheben, dass innerhalb der Nase diese beiden Arten gutartiger papillärer Geschwülste vorkommen, eine, welche der Verruca dura und die andere, welche der Verruca mollis der äusseren Haut entspricht. Hierauf habe ich zwar schon in der 1883 in Virchow's Archiv erschienenen Abhandlung über die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut hingewiesen und habe in der laryngologischen Section der Naturforscher-Versammlungen zu Freiburg (1883), Magdeburg (1884) und Strassburg (1885) jedesmal bei der Demonstration von Polypenpräparaten und bei den begleitenden Vorträgen noch besonders darauf aufmerksam gemacht (cfr. besonders Tagebl. d. Versamml. D. N. u. Aerzte, Strassburg 1885, Seite 327). Da man indessen in der rhinologischen Literatur, wie ich nachgewiesen habe, früher so zu sagen nichts über nasale Papillome fand und man sich gewöhnt hatte, den Begriff „Papillom“ nur mit derartig beschaffenen Geschwülsten papillärer Art zu verbinden, wie sie vorzugsweise im Larynx und zwar an den Stimmbändern vorkommen, so wurden meine Angaben von einzelnen Autoren missdeutet. So meinte Mackenzie, dessen „Krankheiten des Oesophagus, der Nase etc.“ 1884 erschien, er habe bis dahin nur fünf unzweifelhafte Fälle intranasaler Papillome gesehen: „In allen diesen sass die Geschwulst auf der den unteren und vorderen Theil des Septums oder auf der die innere Platte des Flügelknorpels umkleidenden Schleimhaut —“, in keinem Falle war der Auswuchs grösser, als eine gespaltene Erbse ... „Zeigte sich nicht Hopmann so völlig vertraut mit dem Aussehen und den Symptomen allgemeiner Hypertrophie der unteren Muscheln, eines verhältnissmässig häufigen Leidens, so würde man daran haben denken können, dass er diesen Zustand irrthümlich für eine echt papilläre Neoplasie gehalten habe.“ Hiernach kann es kein Zweifel sein, dass Mackenzie nur die harte, am Naseneingang vorkommende Varietät als Papillom angesehen und dass er die weiche Varietät bis dahin unter „Hypertrophie“

Digitized by Google

der unteren Muschel untergebracht hat. — Aysaguer giebt im Novemberheft von 1885 der „Annales des mal. de l'oreille etc." in einer histologischen Beschreibung von zwei als „Papillomes vrais" bezeichneten Fällen („Papillomes des fosses nasales" ist der Titel seiner Beschreibung) Mackenzie Recht in der Behauptung, dass wahre Papillome des Naseninnern sehr selten seien. Merkwürdigerweise rechnet A. auch das von Zuckerkandl als „Papillom" bezeichnete Präparat der Sammlung desselben, obgleich dasselbe nach Zuckerkandl's eigener Angabe („um das seltene Präparat zu schonen") histologisch nicht untersucht worden ist und sich dem Bilde nach in keiner Weise von den meinerseits beschriebenen Papillomen unterscheidet, zu den „Papillomes vrais"? Was aber noch merkwürdiger ist: die Beschreibung, welche A. von der Structur der von ihm selbst entfernten „echten" Papillome giebt, stimmt ganz und gar mit den Bildern überein, wie ich sie früher beschrieben hatte und wie ich sie zu Dutzenden von meinen Papillomen gewonnen habe. Somit weiss ich in der That nicht, was A. Recht zu der Behauptung giebt, die Mehrzahl der von mir entfernten Papillome seien keine „echten" gewesen. — Im Augustheft von 1886 derselben Monatsschrift beschreibt Chatellier die Gewebsstructur zweier „maulbeerförmiger Tumoren vom hinteren Ende der unteren Muscheln" und glaubt die Geschwulst auf Grund seiner Untersuchung als „myxomatöse Entartung der Schleimhaut" ansehen zu müssen. Was von „myxomatöser" Beschaffenheit von Nasenschleimhautgeschwülsten zu halten sei, habe ich oben auseinandergesetzt. Ch. kann nur einen gewissen beschränkten Grad oedematöser Durchtränkung des Gewebes bei allen Nasenpolypen fast ohne Ausnahme nachweisen, ein Zustand, der in entwickelter und reiner Form nur den Schleimpolypen zukommt und diesen den Namen „Myxom" fälschlicher Weise eingetragen hat. Auf die papilläre Structur der maulbeerförmigen Oberfläche und auf die damit zusammenhängende besondere Gefässanordnung innerhalb der „saillies mamelonnées" scheint Ch. keine Rücksicht genommen zu haben. Andernfalls wäre ihm wohl das Characteristische weicher Warzen bei seiner Geschwulst nicht entgangen. — In jüngster Zeit hat Virchow über Papillome sich geäussert („Ueber Pachydermia laryngis". Berl. kl. Wochenschr., 1887, No. 32), nicht ohne einem „kleinen terminologischen Zorn" über das von ihm perhorrescirte Wort „Papillom" Ausdruck zu geben. Virchow erinnert daran, dass die im Gebiete des Pflasterepithels aufschiessenden papillären Neoplasmen der Stimmbänder einen ganz und gar dermoiden Character haben und demnach als harte Warzen zu bezeichnen seien. Man darf sich jedoch nicht verhehlen, dass der Name Papillom nicht leicht mehr ausgemerzt werden kann, nachdem er sich fast allgemeines Bürgerrecht erworben hat. Das ist mit anderen gebräuchlichen Namen ebenso, z. B. Ozaena, Morbus Basedowii, Brightii etc. etc. Wenn man mit diesen, ohne Zusatz ausgesprochenen Namen nur einen bestimmten, eingeschränkten Begriff verbindet, so lassen sie sich auch ohne Nachtheil gebrauchen. So erregt es keinerlei Missverständniss, wenn man sich gewöhnt, unter „Ozaena" schlechthin nicht jede, sondern nur die ohne Geschwürsbildung der Schleimhaut verlaufende, lediglich auf Verkümmerungsvorgängen dieser und der Nasenknochen zurückzuführende Stinknase zu verstehen (Ozaena simplex s. genuina). Die anderen Stinknasen möge man aetiologisch bezeichnen (Oz. e. corpore

Digitized by Google

alieno, Oz. syphilitica, necrotica etc.). So lässt sich auch, wenn man das Wort „Papillom“ gleichbedeutend mit Warze (Verruca, wohl abzuleiten von Veru = Cornu = spiess-, geweih-, hornartige Erhebung) gebraucht (beides zunächst rein formelle Ausdrücke), durch den Zusatz weich oder hart eine gutartige, papilläre, oft, wie am weichen Gaumen mit Vorliebe in Polypenform sich entwickelnde Neubildung ebenso verständlich bezeichnen, als mit dem Worte „Warze“ selbst. Bei der harten Warze überwiegt das Epithel derart, dass der bindegewebige Kern der Papille ganz zurücktritt und die Warze als gutartiges papilläres Epitheliom wissenschaftlich bezeichnet werden müsste. Bei der weichen Warze ist dasselbe beim Bindegewebe dem Epithel gegenüber der Fall, so dass der wissenschaftliche Name Fibroma papillare für die Verruca carnosa s. mollis am Platze wäre. v. Recklinghausen (Ueber die multiplen Fibrome der Haut. Berlin 1882) sieht als Prädilectionsstellen der verschieden gearteten Hautneubildungen die verschiedenen Gewebsbestandtheile der Haut selbst an und reiht an die Epithellager der Haut „die Schwielen, die harten Warzen und die Adenome, ferner die wahrscheinlich durch Neuritis erzeugten Neuropapillome und die Ichthyosis congenita“ an. Weiter sind nach demselben Autor die Verrucae molles auf Grund ihrer Structur von den Fibroneuromen zu trennen, weil sie ihren Ausgangspunkt wahrscheinlich im bindegewebigen Theil des Lymphapparates nähmen und als Lymphangiofibrome zu bezeichnen seien. — Was nun die harten Warzen des Naseninnern betrifft, so ist es eine ausserordentliche Seltenheit, dass Blumenkohlgewächse innerhalb der Zone der Nasenschleimhaut entstehen. (Schluss folgt.)

Zur Lehre vom Husten.

Von

Dr. med. **G. Dos**, pract. Arzt in Anclam.

Aus der Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke an der Universität Greifswald (Dr. Strübing).

(Schluss statt Fortsetzung aus No. 7.)

Gehe ich nun zu den in der Literatur verzeichneten Fällen von „nervösem Husten“ über, so müssen diese sämmtlich ihre Erklärung in der oben angegebenen Weise finden, wobei nach Strübing[21]) nur noch der eine Umstand zu berücksichtigen ist, dass „den localen Process im Bereiche der betreffenden Schleimhautparthie die gesteigerte Reflex-Erregbarkeit des Hustencentrums längere oder kürzere Zeit überdauern kann, so dass bei bestehendem Husten alsdann die Untersuchung der Respirationsorgane entweder ein völlig negatives oder doch im Verhältniss zur Stärke der Erscheinungen ein ungenügendes Resultat liefert“. Aber nur in wenigen der in der Literatur beschriebenen Fälle finden wir die zur Entsehung der pathologischen Reflexe nöthigen Vorbedingungen so deutlich angegeben, dass es möglich ist, diese greifbar nachzuweisen. Denn in der Regel haben die Autoren wohl alle Daten, die sie für ihre eigene Ansicht gebrauchten, in reicher Menge erbracht, dem gegenüber aber die Punkte, auf die es hier vornehmlich ankommt, meistentheils gar nicht, oder doch nur in so geringem Umfange berücksichtigt, dass sie derselben höchstens flüchtig und andeutungsweise Erwähnung thun.

Digitized by Google

So litt in einem der Hack'schen[15]) Fälle der Patient an Krampfhusten und zeigte allgemeinen Kräfteverfall: das Nervensystem befand sich also in einem Zustande mangelhafter Ernährung und damit gesteigerter Erregbarkeit. Bei der Untersuchung der Luftwege fand sich nur eine Injection der Schleimhaut vor, in der Nase dagegen wurde ein Polyp entdeckt. Die Vorbedingungen für pathologische Reflexvorgänge waren also gegeben, eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems und eine Erkrankung im Bereiche der Respirationswege, und der Nasenpolyp konnte daher sehr wohl den abnormen Reflexhusten hervorrufen.

In einem zweiten Falle handelt es sich um einen Herrn, welcher seit 16 Jahren an einem sich zeitweise vermindernden Husten behandelt wurde. Bei der Spiegeluntersuchung fand sich eine starke Schwellung der Interarythaenoidal-Falte und Hyperämie sämmtlicher Parthieen des Larynx, ferner eine Pharyngitis und wiederum eine Erkrankung der Nasenschleimhaut, die sich links in einer prallen Schwellung und Hyperämie der Muschelschleimhaut, rechts durch eine geringere Schwellung derselben äusserte. Jede, auch die vorsichtigste Berührung der Nasenschleimhaut rief die heftigsten Hustenanfälle hervor; desgleichen auch jede Berührung des Pharynx.

Die Interpretation ist hier fast noch leichter, wie vorher. Eine gesteigerte Erregbarkeit des gesammten Nervensystems lag auch hier sicher vor, und im Gefolge einer primär bestehenden Laryngitis wurde Husten und in Folge dessen eben wieder eine stärkere Erregung des Hustencentrums hervorgerufen; die beiden zu abnormen Reflexbewegungen nöthigen Factoren waren somit wieder gegeben, und Reizen, die die erkrankte Nasenschleimhaut trafen, stand demnach nichts im Wege, den Husten in Erscheinung treten zu lassen.

Als letzten Fall will ich endlich noch den Naunyn'schen[23]) von Milzhusten hier zur Besprechung heranziehen, der, was ich hier noch ausdrücklich zu betonen für nöthig halte, ebenso wie der Leberhusten, in sehr vielen Fällen wenigstens, durchaus zu den pathologischen Reflexen zu rechnen ist.

Naunyn's Patient war Ende August 1878 am kalten Fieber erkrankt. Seitdem behielt er Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und Schmerzen im Leibe zurück. Bei der Untersuchung zeigte sich der Gesichtsausdruck leidend, die Haut cyanotisch, die Schleimhäute blass; in den Lungen nahm man einzelne Rhonchi wahr, die Milz war stark geschwollen und auf Druck schmerzhaft. Bei der Palpation der letzteren hustete der Kranke, und dieser Husten bei der Berührung des kranken Organs bestand so lange fort, als der Milztumor noch unter dem linken Rippenbogen fühlbar war.

Ein mangelhaft ernährtes Nervensystem und ein pathologischer Process im Bereich der Respirationsorgane gaben hier also die Möglichkeit zum Eintritt des abnormen Reflexhustens ab. Es können demnach unter günstigen Verhältnissen Leber und Milz sicher zu hustenempfindlichen Organen werden.

Dem gegenüber giebt es allerdings eine ganze Reihe von Fällen, wo der Leber- und Milzhusten mit Recht als normale Reflexe erklärt werden, freilich in anderer Weise, als wie die meisten Autoren es wollen, denn es ist wichtig, dass die Palpation der vergrösserten Organe womöglich

Digitized by Google

mit einer kalten Hand und mit möglichst kurzem aber kräftigem Druck ausgeübt wird. Bei der Berührung des in allen Fällen empfindlichen, oft sogar schmerzhaften Organes tritt hierbei nämlich in der Regel eine Störung im Respirationsact auf: entweder erfolgt eine Hemmung der Athmung, die Patienten halten den Athem an, oder sie machen im Moment der Berührung eine tiefe Inspiration; haben die Kranken im Momente der Berührung die Respiration unterbrochen, so ist die weitere Folge eine früher oder später auftretende tiefe Inspiration. Die hierbei nun in grösseren Mengen eingeathmete Luft wirkt als Reiz auf die Schleimhaut und bedingt den Hustenstoss. Haben sich die Patienten nun aber bei wiederholter Palpation an den Reiz gewöhnt, so hört die Hustenempfindlichkeit auf, der Husten schwindet; berührt man nach einiger Zeit die Stelle von Neuem, so werden die Patienten von Neuem überrascht und von Neuem tritt der Husten auf. Bei einem Patienten mit Stauungshyperämie der Leber in Folge von Fettherz konnte der Turnus dieser Erscheinungen ganz genau in der angegebenen Weise beobachtet werden. Auch die Beobachtung von Naunyn konnte hier bestätigt werden, dass, wenn man den Patienten ohne gleichzeitige Berührung des erkrankten Organs allein tief inspiriren liess, kein Husten erfolgte. Die Aufmerksamkeit war dann auf den Respirationsact gerichtet, der leichte Kitzel, der zum Husten reizte, wurde daher mit Leichtigkeit unterdrückt. Bei der Berührung des erkrankten und schmerzhaften Organes jedoch war die Aufmerksamkeit auf die Untersuchung gelenkt, und die Reflexaction wurde durch die Psyche nicht gehemmt. Auch dieser Milz- und Leberhusten kommt aber um so leichter zu Stande, wenn gleichzeitig Erkrankungen im Bereiche des Respirationstractus vorhanden sind, namentlich, wenn Catarrhe des Kehlkopfes und der Bronchien bestehen und die Empfindlichkeit der Schleimhaut unter diesen Verhältnissen gesteigert ist. Auch hier kann es sich aber noch ereignen, dass eine dem Patienten aufgegebene spontane tiefe Inspiration nicht vom Husten begleitet wird, denn diese erfolgt langsamer, jene plötzlich, hier ist die Aufmerksamkeit mehr auf den Act der Athmung gelenkt und der Wille hat Zeit, den allmählich sich vorbereitenden Reflex zu hemmen, dort nicht.

Noch weiter auf den Leber- und Milzhusten einzugehen, scheint mir hier nicht am Platze zu sein, dagegen halte ich diese Stelle für geeignet, um mit einigen Worten auch auf die Bedeutung des pathologischen Reflexes bei der Entstehung mancher Keuchhustenanfälle hinzuweisen.

Schon nach Hack[15]) scheinen „gewisse Thatsachen dafür zu sprechen, dass in einzelnen Fällen von Keuchhusten auch Anfälle von der Nasenschleimhaut aus geweckt werden können“ und Sommerbrodt[22]) berichtet im Anschluss daran von einem Falle, wo bei einem 5jährigen Knaben nach der Cauterisation der Nasenschleimhaut die Anfälle weniger wurden und zuletzt ganz wegblieben. Es ist in der That von vornherein oft unerklärlich, wie in schweren Fällen von Keuchhusten nicht allein durch Reize, welche die erkrankten Luftwege treffen, die Hustenparoxysmen ausgelöst werden, sondern wie selbst psychische Affectionen oder beliebige periphere Reize diese unter Umständen hervorzurufen vermögen. Die Erklärung an der Hand der Strübing'schen Theorie ist aber gewiss leicht und einfach, da ihre beiden Criterien, die Allgemeinerregung des

Digitized by Google

Nervensystems, sowie die specielle Erregung der Hustenbahnen bei dieser Infections-Neurose stets vorhanden sind. Es können also beim Keuchhusten die Husten-Reflexe als normale, d. h. also, als von der Respirationsschleimhaut ausgelöste, und als abnorme neben einander vorkommen, wobei nur der Grad der Allgemeinerregung des Nervensystems wieder entscheidet, ob die letzteren von beliebigen Punkten der Peripherie aus, oder von selbst pathologisch veränderten (Nase!) hervorgerufen werden. Damit findet auch der wechselnde Erfolg, mit welchem man beim Keuchhusten die erkrankte Nasenschleimhaut behandelt hat, seine Erklärung. Es musste derselbe stets von der Rolle abhängig sein, welche die Affection der Nase im Krankheitsbilde spielte, einer Rolle, die stets in directem Verhältniss zu der Schwere des Keuchustens stand, d. h. die stets mit dem höheren oder geringeren Grade der Erregbarkeit des Hustencentrums an Bedeutung gewann oder verlor. Und hiermit stimmen die Resultate überein, welche wir mit der Michael'schen Behandlungsweise des Keuchhustens bisher gewonnen. Dieselben werden den Gegenstand einer späteren Arbeit bilden.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen bringe ich im Folgenden drei neue Fälle von pathologischem Reflexhusten, welche aus der Beobachtung des Herrn Dr. Strübing stammen. Sie finden sämmtlich in dem oben angegebenen Strübing'schen Sinne ihre Erklärung.

Im ersten Falle, den ich jedoch nur oberflächlicher berühren will, weil er noch anderen Erklärungen zugänglich und daher nicht voll beweisend ist, handelt es sich um einen sogenannten „Magenhusten".

Ein nervöser 35jähriger Herr litt an chronischem Magencatarrh mit mässiger Ectasie des Magens und starker Säurebildung. Zu gleicher Zeit bestand ein mässiger Kehlkopf- und Trachealcatarrh. Ein fortwährendes Hüsteln stand in keinem Verhältniss zur Intensität dieses Catarrhes. Als Therapie wurden Magenausspülungen in Anwendung gezogen. Dabei konnte man die auffällige Bemerkung machen, dass nicht nur unmittelbar nach einer solchen Ausspülung das Hüsteln fast vollständig aufhörte, sondern dass es sich auch während der nächsten 12 Stunden wenig bemerkbar machte. Mit der Besserung des Leidens liess auch der Husten nach.

Alle diejenigen, welche das Vorkommen eines Magenhustens überhaupt nicht zugeben wollen, werden sich durch diesen Fall in ihrer Stellung wenig erschüttert fühlen, denn sie können, ohne dass die Führung eines überzeugenden Gegenbeweises möglich wäre, den Einwand erheben, dass das beobachtete Hüsteln die alleinige Folge des Kehlkopfcatarrhes gewesen sei, dass durch die Brechbewegungen, wie sie das Einführen und Herausziehen der Sonde mit sich bringt, das im Larynx vorhandene und zum Husten reizende Secret entfernt worden, und dass dadurch dann der Hustenreflex für längere Zeit hinausgeschoben sei; das Nachlassen des Hustens bei der Besserung des Leidens endlich wäre nur auf Rechnung des bei nunmehr zweckmässigem Verhalten und bei der veränderten Lebensweise des Patienten heilenden Catarrhs zu setzen.

Ich kann dem nur gegenüber halten, dass die bei dieser Erklärung supponirte Annahme, als ob die Kehlkopfschleimhaut so lange Zeit gebraucht haben soll, um das zur Auslösung des Hustens nöthige Secret zu schaffen, doch eine sehr willkürliche ist, und es sagt mir daher die

Digitized by Google

andere Erklärung nicht nur mehr zu, sondern ich halte sie auch für die einzig richtige, dass bei der allgemeinen nervösen Disposition die auf den stark erregten sensiblen Bahnen der Magennerven den Centralganglien zugeführten Reize mit Leichtigkeit auf das erregte Hustencentrum hin entladen wurden, und so den pathologischen Reflexhusten hervorriefen. Die Reize bestanden aber nur vor der Ausspülung, durch abnorme Säurebildung, unverdaute Speisereste und dergleichen gegeben; nach der Ausspülung blieben sie eine ganze Zeit lang fort. Während dieser reizfreien Zeit bleib daher auch der Husten aus, und er blieb endlich ganz weg, nachdem das Magenübel von Grund aus gehoben war und abnorme Reizeinwirkungen auf die Magenschleimhaut überhaupt nicht mehr statt hatten.

Damit soll natürlich der Magenhusten im Sinne der alten Autoren nicht aufrecht erhalten werden; ich stimme vollkommen mit Strübing darin überein, dass die Skepsis, wie sie speciell Edlefsen gegenüber diesem Magenhusten zeigt, durchaus gerechtfertigt ist; auf der anderen Seite schliesse ich es damit aber doch nicht aus, dass unter den jetzt vielfach schon besprochenen Vorbedingungen gelegentlich auch einmal ein abnormer Reflexhusten von der Magenschleimhaut aus hervorgebracht werden kann.

Der zweite Fall ist der folgende:

Frl. B., 28 Jahre alt, kräftig gebaut, doch etwas anämisch, klagt seit dem Jahre 1882 über zeitweis auftretende Schmerzen in der linken Ovarialgegend, über Schmerzen in der linken Thoraxhälfte, welche von der Wirbelsäule in der Höhe der Mammae sich bis zur Mittellinie ziehen, und über Empfindlichkeit beider Mammae, welche letztere bisweilen einen recht hohen Grad erreicht. Bei Eintritt der Menstruation stellten sich wiederholt leichtere Anfälle von Convulsionen ein. Die Kranke ist seit Jahren nervös und sehr erregbar, psychische Erregungen machen sie leicht unfähig zur Arbeit und bedingen eine Steigerung der neuralgischen Beschwerden.

Die Untersuchung im December 1884 ergab: Mässige Blässe der äusseren Haut und der sichtbaren Schleimhäute; leichtes systolisches Blasen über der A. pulmonalis; deutliche Venengeräusche. Die linke Ovarialgegend, die beiden Mammae und der 5. bis 7. Brustwirbel sind auf Druck schmerzhaft. Der Uteruskörper ist leicht vergrössert und namentlich in seinen seitlichen Partieen druckempfindlich.

Im April 1885 acquirirte sich die Kranke in Folge einer Erkältung einen Kehlkopf- und Bronchialcatarrh. Die Beschwerden waren relativ stark und standen in keinem Verhältniss zur Intensität und Ausbreitung des Catarrhs; namentlich war der Husten für die Patientin recht quälend.

Die Untersuchung am 20. April ergab mässige Röthung und Schwellung der falschen Stimmbänder und der Interarytaenoidgegend; Schnurren und Giemen im Bereiche des rechten und linken Unterlappens. Der Auswurf ist zähe und nur schwer zu expectoriren. Die Temperatur ist normal.

Unter Darreichung von Expectorantien und bei Inhalationen von ½ pCt. Lösung von Natrium carbonicum purum gingen die catarrhalischen Erscheinungen zurück. Der Husten liess an Intensität nach, ohne sich jedoch vollständig zu verlieren. Ende April waren die trocknen Rasselgeräusche völlig geschwunden, die Schwellung der Larynxschleimhaut

Digitized by Google

war zurückgegangen. Der Husten nahm wohl ab, verlor sich jedoch nicht vollständig, auch als unter dem Einfluss localer Behandlung die Injection der Kehlkopfschleimhaut schwand. Die Kranke klagte über Kitzel im Halse und musste am Tage husten, obwohl die Untersuchung der Respirationsorgane ein völlig negatives Resultat ergab. In der Nacht cessirte der Husten vollständig.

Am 13. Juni 1886 war das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand der Patientin noch ebenso wie früher, desgleichen bestanden die nervösen Beschwerden in alter Weise fort. Die Klagen der Patientin betrafen jetzt hauptsächlich den Husten. Die Untersuchung ergab im Wesentlichen das gleiche Resultat wie früher, doch zeigt sich die auffallende Erscheinung, dass die Patientin bei Druck auf die früher nur schmerzhaften Stellen des Körpers jetzt husten muss. Der Husten ist in seiner Intensität im Ganzen der Intensität des Druckes proportional; er hat einen bellenden, etwas harten Klang, und ist in seinem Auftreten von einem Kitzelgefühl im Halse begleitet, welches die Patientin in die Höhe des Larynx verlegt. Der spontan auftretende Husten ist von wechselnder Stärke, je nach der Intensität, mit welcher die nervösen Beschwerden sich geltend machen. Mit dem Steigen der hysterischen Erscheinungen nimmt auch der Husten an Intensität zu, während er bei Vermeidung von Erregungszuständen und unter Darreichung von Bromkali nachlässt. —

Der dritte Fall endlich betrifft eine 30jähr., im Uebrigen ganz kräftige Patientin, Lehrerin, die seit Jahren an halbseitigem, in Intervallen auftretendem Kopfschmerz leidet. Im Verlaufe des letzten Jahres haben sich wiederholt Herzpalpitationen eingestellt, welche in Folge von Ueberanstrengungen im Beruf entstanden sein sollen. Weiter klagt die Kranke über ein Gefühl von Trockenheit und Brennen in der Nase. Die letzteren Beschwerden führt sie auf eine Erkältung zurück, die sie sich vor sechs Monaten zugezogen haben will.

Die Untersuchung ergiebt am 19. December 1886 Folgendes: Das Herz zeigt normale Verhältnisse, doch ist seine Thätigkeit gesteigert; Puls von normaler Spannung, seine Frequenz 104. Die Schleimhaut der Nase ist geröthet und verdickt, und namentlich sind die beiden unteren Muscheln stark geschwollen, weniger die mittleren. Die Muscheln sind an einzelnen Stellen mit eingetrocknetem Secret bedeckt. Bei der Berührung der unteren Muscheln mit der Sonde hustet die Kranke. Die Kehlkopfschleimhaut ist in toto leicht injicirt und geschwollen.

Die Therapie bestand in Nasendouchen, Aetzung der Nasenschleimhaut mit Chromsäure; Bepinselung der Kehlkopfschleimhaut mit zuerst 1½, dann 3 und zuletzt mit 5 pCt. Höllensteinlösung; Darreichung von Bromkali; vorübergehende Aufgabe des Berufes; kräftiger Ernährung.

Unter dem Einflusse der Behandlung gingen die Erscheinungen des Nasen- und Kehlkopfcatarrhes zurück, die Beschwerden milderten sich, der Husten liess nach.

Am 15. Februar bestand noch mässige Injection und Schwellung der Muscheln; leichte Hustenstösse erfolgten nur noch bei starkem Druck auf die betreffende Stelle.

Im Verlaufe der nächsten vier Wochen liessen die Beschwerden immer mehr nach, und hörten definitiv auf, als die Nasen- und Kehlkopf-

Digitized by Google

schleimhaut wieder völlig normales Verhalten zeigte. Das Herzklopfen hatte sich ebenfalls vollständig verloren, die Hemicranie bestand fort, —

Ein Punkt verdient in diesen Fällen von nervösem Husten noch hervorgehoben zu werden. Die Patienten klagen über ein Gefühl von Kitzel im Halse, das sie gewöhnlich in die Höhe des Larynx verlegen. Eine Kehlkopferkrankung machen die Kranken deshalb für ihre Beschwerden verantwortlich, und von dieser wollen sie befreit sein. Die Untersuchung der Respirationsorgane ergiebt aber entweder ein völlig negatives Resultat, oder doch einen für die Stärke der Erscheinungen völlig ungenügenden Befund. Aber auch hier ist die Erklärung einfach und schon von Strübing gegeben. Wird nämlich, um dessen eigene Worte zu gebrauchen, „eine Gruppe von Nervenzellen im Centralorgan gewöhnlich von den Enden ganz bestimmter peripherer Nerven erregt, so kann dann, wenn die Erregung auf anderem Wege, auf anderen Nervenbahnen erfolgt, die Empfindung hervorgerufen werden, dass die Erregung auch jetzt an der Peripherie der gewöhnlich den Reiz leitenden Nerven statt hat. Die Ganglienzellen haben gewissermaassen die Erfahrung gemacht, dass ihre Erregung von bestimmten peripheren Theilen aus, durch die bestimmten sensiblen Nerven vor sich geht, und in diese verlegen sie jetzt die auf anderen Bahnen erfolgte Erregung. So kann also auch der Kitzel, welcher zum Husten reizt, wie bei unserer Patientin, im Kehlkopf verspürt werden, während die Erregung des Hustencentrums unter den oben besprochenen Verhältnissen nicht durch den N. laryngeus sup., sondern durch andere sensible Nerven erfolgt."

Um zum Schluss mit kurzen Worten noch einmal auf die Therapie im Allgemeinen zu kommen, so genügt es in Fällen, in denen ein solcher pathologischer Reflex besteht, also nicht, allein den Reiz fortzuschaffen, welcher in abnormer Weise die Erregung des Hustencentrums bedingt, sondern ein Hauptgewicht ist auch auf die Behandlung des Nervensystems zu legen, und ebenso muss ein etwa noch bestehender Catarrh im Bereiche des Respirationstractus bekämpft werden. Nicht ein Glied nur in der Reihe der Erscheinungen ist zu behandeln, sondern der ganze Mechanismus ist zu zerstören! Geben z. B. pathologische Processe der Nasenschleimhaut die Ursache der Reflexneurose ab, so genügt es nicht, die Nase allein zu behandeln; es heisst einseitig vorgehen, wenn nur dieses kranke Organ allein behandelt wird, ohne dass die anderen Momente gleichzeitig berücksichtigt werden, und die zahlreichen Misserfolge, über welche die Literatur bei der Behandlung der „Reflexneurosen" berichtet, werden durch ein solches einseitiges Vorgehen erklärlich. Hier ist nicht ein krankes Organ, sondern ein kranker Mensch zu behandeln, und nur bei Berücksichtigung sämmtlicher, das Krankheitsbild bestimmender Momente werden sich die gewünschten therapeutischen Resultate erreichen lassen.

Am Schlusse dieser Arbeit angelangt, habe ich noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem verehrten Lehrer, Herrn Privatdocent Dr. Strübing für seine liebenswürdige Beihilfe bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Literatur.

1) Haller, A. v. Anfangsgründe der Physiologie. Aus dem Lateinischen von Hallen. Berlin 1766.

Digitized by Google

2) Krimer, W. Untersuchungen über die nächste Ursache des Hustens etc. Leipzig 1849. Herausg. von Fr. Nasse.
3) Budge, J. Untersuchungen über das Nervensystem. Heft 2.
4) Blumberg. Inaugural-Dissertation. Dorpat 1865.
5) Longet. Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Leipzig 1849.
6) Cruveilhier. Nouv. Biblioth. méd. 1828. Tom. II.
7) Romberg. Müller's Archiv 1838, pag. 311.
8) Rosenthal. Die Athembewegungen und ihre Beziehungen zum N. vagus.
9) Nothnagel. Zur Lehre vom Husten. Virchow's Archiv, Bd. 44.
10) Koths, O. Experimentelle Untersuchungen über den Husten. Virchow's Archiv, Bd. 60.
11) Meyer, R. Ueber den Husten. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1876.
12) Ebstein, Dr. W. Ueber den Husten. Vortrag. Leipzig 1876.
13) Beschorner, O. Ueber Husten. Vortrag. Dresden 1880—81.
14) Fränkel, B. Berliner klinische Wochenschrift 1881, Nr. 16, 17. Schäffer. Nasenleiden und Reflexneurosen. Deutsche medicinische Wochenschrift 1884, No. 23, 24; 1885, No. 23.
15) Hack, W. Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc. Wiesbaden 1884.
16) Roth, W. Zur Diagnose und Therapie der mit Nasenkrankheiten zusammenhängenden Reflexneurosen. Wiener medicinische Wochschrift 1885, No. 16.
17) Götze, Dr. Beitrag zur Frage nach dem Zusammenhang gewisser Neurosen und Nasenleiden. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1884, No 9.
18) Schadewaldt Die Trigeminus-Neurosen. Deutsche medicinische Wochenschrift 1885, No. 37, 38.
19) Wille. Der Trigeminushusten. Dto. 1885, No. 16, 17.
20) Runge W. Die Nase in ihren Beziehungen zum übrigen Körper. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. M. J. Rossbach. Jena 1885.
21) Strübing, Dr. P. Zur Lehre vom Husten. Wiener med. Presse 1883.
22) Sommerbrodt. Ueber Nasen-Reflex-Neurosen. Berliner klinische Wochenschrift 1885, No. 10, 11 und 1884, No. 10, 11.
23) Naunyn. Zur Lehre vom Husten. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 23.
24) Edlefsen. Ueber Husten und Magenhusten. Dto. Bd. 20.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Während der letzten Osterfeiertage begegneten sich in Wien mehrere Ohrenärzte, zumeist aus Süddeutschland und der Schweiz, wobei sie auch wissenschaftliche Berathungen pflegten. Einem Berichte der „Wiener Allgem. medicinischen Zeitung" hierüber entnehmen wir Folgendes:

Herr San.-Rath Dr. Hedinger lieferte pathologisch-anatomische Beiträge zur Erkrankung des Processus mastoideus. Er erwähnte einen Fall von chronischer Sepsis. Bei einem Manne, der an einer acuten Mittelohrentzündung litt, die ihren gewöhnlichen Verlauf nahm, hatten sich mehrere Abscesse entwickelt, die zu geeigneter Zeit von H. und von Burckhardt-Merian operirt wurden; es traten jedoch immer wieder Abscesse auf, ohne dass man eruiren konnte, woher der Eiter kam. Der Mann starb dann unter den Erscheinungen von Morbus

Digitized by Google

Brightii an Sepsis und bei der Obduction zeigte sich eine umfangreiche Erkrankung aller Abtheilungen des Ohres und der Umgebung desselben, der ein tieferer allgemeiner Erkrankungsprocess, eine chronische Sepsis zu Grunde lag und der die Heilung der Krankheit verhinderte.

Anknüpfend an diesen Vortrag entwickelte sich eine Discussion über die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes, an welcher sich Dr. Morpurgo aus Triest, Dr. Hartmann aus Berlin, Dr. Tschudi aus Wien, welcher Präparate von Sinusthrombose demonstrirte, und Prof. Böke aus Budapest betheiligten, die jedoch nichts Neues brachte.

Dr. Delstanche aus Brüssel besprach einen Apparat zur Geradrichtung der Nasenscheidewand. Das Instrument besteht aus zwei Platten, von denen je eine in eine Nasenhöhle eingeführt wird, dann werden die Platten so aneinandergedrückt, dass die Geradrichtung zu Stande kommt. Für gewisse Fälle sollen die Platten aus Hartcautschuk angefertigt werden. D. hat weiters das Verfahren so modificirt, dass die Platte nur in eine Nasenhöhlenhälfte eingeführt wird, in jene, in welcher die Nasenscheidewand deplacirt ist. Diese wird dann nach der entgegengesetzten Seite redressirt. Endlich sucht D. die Reizung der Nasenschleimhaut dadurch zu verhüten, dass er von aussen den Druck ausführt, indem er eine Klemme von aussen an die Nase andrückt.

Dr. Gradenigo beobachtete bei einem taubstummen Mädchen Verknöcherung der Schnecke, ausgehend von der basalen Windung und nach oben hin immer an Ausdehnung zunehmend. Ferner besprach er einen Fall, wo er an einem Lebenden die Diagnose auf primäre Otitis intima gestellt hat, aus Symptomen des plötzlichen Entstehens auf einer Seite, starkem Ohrensausen, Mangel an jedem therapeutischen Erfolge etc. Klinisch sei bei Erwachsenen die Form der primären Otitis interna nicht selten zu beobachten. Erscheinungen derselben sind: Auftreten bei früher ganz gesunden, kräftigen Individuen, bei denen keine hereditäre Belastung, keine Syphilis vorhanden ist, einseitiges Auftreten, Fehlen von Fieber, von Schmerzhaftigkeit. Subjective Symptome sind: continuirliches Ohrensausen, auf welches Luftdouche keinen Einfluss übt. Die Erkrankung pflegt Jahre lang zu dauern, es besteht dabei heftiges Schwindelgefühl, oft Erbrechen, taumelnder Gang. Dabei findet man negativen Befund am Trommelfell und an der Tuba, wenigstens in den ersten Stadien.

Dr. Eitelberg sprach über den Causalnexus zwischen der Rhachitis und den Erkrankungen des kindlichen Gehörorgans. Er beobachtete 150 Fälle von Rhachitis und unter diesen fanden sich 9 Mal Erkrankungen des äusseren Gehörganges und 21 Mal Erkrankungen des Mittelohres. Wenn man von den Fällen absieht, in welchen Scrophulose vorhanden war, oder wo acute Exantheme vorausgingen, blieben noch immer 3 Erkrankungen des äusseren Gehörganges und 10 eitrige Mittelohrentzündungen, also etwa 9 pCt. Erkrankungen des Ohres bei rhachitischen Kindern. Besonders fiel ihm auf, dass in allen diesen 150 Fällen nur 14 Mal ein normales Trommelfell zu sehen war, darunter 8 Mal nur auf einer Seite, in allen anderen Fällen war das Trommelfell getrübt.

Dr. Hartmann besprach die Anwendung des Carbolglycerin bei acuter Otitis media. Der Schmerz lasse sofort nach, die Ent-

Digitized by Google

zündung werde coupirt und das Carbolglycerin beeinflusst den Process in der günstigsten Weise. H. wendet das Carbolglycerin im Verhältniss 1 : 10 an; in $^3/_4$ der Fälle trat sofort Nachlass der intensiven Schmerzen ein, in den meisten Fällen eine bedeutende Linderung, nur in einem Falle war die Wirkung zweifelhaft und vielleicht eine Verschlechterung des Processes eingetreten. Die Patienten schildern die Wirkung des Carbolglycerins als wunderbar.

Dr. Rohrer wendet seit 2 Jahren 20procent. Carbolglycerinlösung in Form von Einträufelung bezw. Einführung von mit Carbolglycerin getränkten Tampons gegen Entzündungen des äusseren Ohres und bei beginnender Entzündung des Mittelohres an und kann die Resultate H.'s im vollen Umfange bestätigen. Bei hochgradigen Schmerzen wendet er zuerst einige Tropfen 5procentiger Cocainlösung an und dann Carbolglycerin.

Dr. Pollak sprach über die Verbreitungswege submucöser Emphyseme in der Gegend der Eust. Ohrtrompete. Wurde die Verletzung am Boden der Tuba, und zwar an jenem Theile gemacht, der den Levator deckt, so drang die Luft durch das Bindegewebe zwischen Dilatator und Tensor palati mollis in die Fossa retro-maxillaris ein, gleichzeitig aber auch zwischen die Schleimhautflächen des weichen Gaumens, weil der Schleimhautüberzug am Boden der Tuba direct in die obere Platte des weichen Gaumens übergeht, und begrenzte sich mit dem Ende des Arcus palato-pharyngeus. Glottisemphysem entwickelt sich nicht, weil hinten, wo der Arc. palato-pharyng. endigt, die Schleimhaut ziemlich fest mit der Musculatur verbunden ist. Es breitet sich ferner die Luft, herausgekommen zwischen Levator und Tensor, längs der inneren Fläche des M. pterygoideus intern. aus und gelangt in die Fossa submaxillaris. Von hier breitet sich die Luft über den Unterkiefer und Gesicht aus. Verletzt man die hintere Pharynxwand, dann dringt die Luft längs der grossen Blutgefässe vor, es entwickelt sich ein Emphysem in den Mediastinis; Larynxemphysem nicht.

P. demonstrirte auch einen Befund von Verknöcherung des knorpeligen Theiles des äusseren Gehörganges.

Dr. Pins: Zur Diagnose der Trommelfellperforation giebt als zwei neue diagnostische Zeichen an: 1) Wenn man den Gehörgang mit pulveriger Masse erfüllt und eine Lufteintreibung macht, sieht man das Pulver herausstauben. 2) Wenn während einer Lufteintreibung durch die Tuba ein kleines tönendes Instrumentchen in den Gehörgang gebracht wird, hört man den Ton dieses Instrumentes und kann dies einem grösseren Auditorium demonstriren.

Dr. Gomperz empfiehlt Antipyrin gegen Otalgien. Ferner machte er Mittheilung über mit Erfolg angewandte Electrolyse bei Ohrpolypen.

Dr. Ninaus meint, man solle mit 1procentiger Nitroglycerinlösung gegen Otalgien Versuche anstellen. Ein bis zwei Tropfen auf die Zunge gebracht, sollen gegen Hemicranie gute Dienste thun.

Prof. Politzer demonstrirte einen Fall von Steatom im Schläfenbeine, sowie ein Präparat von Arrosion der Carotis interna durch Caries.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Ohrpolypen. Von Dr. Ignatz Purjesz (Budapest). (Pester med.-chirurg. Presse No. 17, 1887.)

Als Beitrag für die Verwendbarkeit des Alcohols bei Ohrpolypen möge der folgende Fall angeführt werden: Im November 1886 wurde P. von einem 31jähr. Patienten consultirt, der über Ohrenfluss klagte. Das Uebel soll angeblich schon mehrere Jahre bestehen. Auf ärztliche Anordnung gebrauchte er ohne Erfolg die verschiedensten Ohrtropfen. Bei der Untersuchung war der äussere Gehörgang mit profusem, foetidem Secrete gefüllt, nach dessen Ausspülung im Hintergrunde ein nahezu bohnengrosser Ohrpolyp sichtbar wurde. Mittelst Sonde wurde constatirt, dass der Polyp von der hinteren Wand des Gehörganges ausging. Da Pat. jedweden chirurgischen Eingriff perhorrescirte, wurde Alcohol angewendet. Täglich wurde ein Mal eingeträufelt und schon nach einigen Tagen nahm die Secretion ab und ward geruchlos. Nach 29tägiger Behandlung schrumpfte der Polyp auf nahezu ein Viertel seines Volumens zusammen und als derselbe bei einer 9maligen Untersuchung mit der Sonde berührt wurde, löste er sich plötzlich von seiner Unterlage und eine Ausspülung förderte ihn hervor. Verf. möchte von diesem einen Falle keinen Schluss auf die fragliche Behandlungsmethode ziehen, nur will er bemerken, dass, wenn man auch den in der otiatrischen Section des Berliner Congresses ausgesprochenen Ansichten beipflichtet, wonach der Polyp auf Anwendung des Alcohols wohl schrumpft, doch nicht ganz verschwindet, dieses Verfahren dennoch nicht ganz zu verwerfen sei, denn es ist nicht unmöglich, dass bei längerem Gebrauche dieses Mittels in Folge der beträchtlichen Wärme und Säfteentziehung die Ernährung des Neugebildes eine solche Störung erleidet, dass schon eine geringere dynamische Einwirkung, wie in diesem Falle die Berührung mit der Sonde (möglicherweise auch eine kräftigere Ausspritzung des Ohres) das Abstossen desselben herbeiführt und so ein blutiger Eingriff vermieden wird.

Verletzung beider Ohren durch eine Revolverkugel; Extraction des Geschosses; folgende Seh- und Gehirnstörungen. (Plaie des deux oreilles par une balle de revolver; extraction des projectiles; troubles oculaires et intellectuels consécutifs.) Von Dr. Rollin. (Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Ein aus einer mit Geisteskrankheit belasteter Familie stammender 28jähriger Mann schoss sich bei einem Selbstmordversuch in jedes Ohr eine Revolverkugel. Comatöser Zustand mit absoluter Taubheit; linksseitige Facialislähmung, über rechtem Masseter ein viel Eiter abgebender Abscess, Anfälle von Wahnsinn. Beide Kugeln wurden auf blutigem Wege entfernt; beide sehr tief eingreifenden Operationen wurden überstanden, wiewohl auf der einen Seite die Carotis interna verletzt wurde. Es traten später neue Anfälle von Manie ein, welche den Kranken in ein Narrenhaus abzuführen zwangen. Das linke Auge war ausgeflossen, die Taubheit bestand fort. Dr. P. K.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Fibröser Polyp der hinteren Choanen, Zerstückelung des Tumors, Exstirpation ohne vorhergehende Operation. Microscopische Untersuchung, Bemerkungen. (Polype fibromuqueux des arrières narines, morcellement de la tumeur, Extirpation sans opération préliminaire, examen histologique, reflexions.) Von Dr. Henri Chatellier. (Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Ein 18jähr. junger Mann hat den Nasenrachenraum ausgefüllt von Polypen, welche nach hinten fibrös, vorne, am rechten Naseneingang, offenbar mucös, also „gemischter" Natur sind. Die totale Entfernung gelang in mehreren Sitzungen mittelst der Wilde'schen Schlinge. Die sehr genau vorgenommene microscopische Untersuchung ergab ein exquisites Fibromyxom. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Eine grosse Zahl von sogenannten fibrösen Polypen sind unter die fibromucösen Polypen zu rechnen. 2) Diese letzteren erreichen nie die Grösse der fibrösen und fordern bei der Exstirpation keine präliminären Operationen, namentlich nicht die Resection des Oberkiefers. Was die Entstehungsweise dieser Fibromyxome betrifft, so seien vier Hypothesen möglich, von welchen aber blos die letztere haltbar sei: 1) Das Fibromyxom kann von vornherein als solches entstehen, indem die beiden Gewebe sich unabhängig nebeneinander entwickeln. 2) Das fibröse Gewebe entsteht aus einer Entzündung des anderen Gewebes. 3) Das Schleimgewebe wandelt sich langsam in fibröses Gewebe um. 4) Das Myxom entwickelt sich mitten in dem schon längst bestehenden fibrösen Gewebe; diese letztere Annahme stimmt mit den klinischen sowohl, als mit den anatomischen Beobachtungen überein. Dr. P. K.

Prophylaxis des Niesens und des Nasenblutens. (La prophylaxie de l'éternuement et de l'épistaxis.) Von Dr. Barzellini. (Archivio Internationale di Laring., Rhinolog., 1886, No. 4, und Revue mensuelle de laryngologie, 1887, No. 3)

Gegen das Nasenbluten ist das Tabakschnupfen am besten. Gegen den sogenannten Nieskrampf drückt man am besten von unten und aussen nach oben und innen gegen die Nasenscheidewand an der Stelle des Winkels, wo die Oberlippe an den Nasenflügel anstösst, d. h. an die schon von Baratoux als sensitive Zone der Nasenscheidewand bezeichnete Stelle. Die Bekämpfung des Niesens ist wichtig nach Operationen, wo man eine prima intentio bezweckt. Dr. P. K.

Schnelle und bisweilen erfolgreiche Art, Heufieber zu behandeln. (On a speedy and sometimes successfull method of treating hay-fever.) Von Sir Andrew Clark. (Lancet, 11. Juni 1887.)

Drei grosse Factoren tragen zur Entwicklung des Heufiebers bei, die nervöse Constitution, der locale Reizzustand und die erregende Ursache. Die nervöse Constitution bedingt, dass mehr Gebildete und Städter befallen werden; andere Eigenthümlichkeiten sind schwerer zu erklären, das Vorwiegen in der gemässigten Zone und die in jedem Clima vorhandene Prädisposition der anglosächsischen Rasse. Je stärker der locale Reizzustand, desto eher ruft die erregende Ursache den Anfall hervor. Wenn auch die Pollen von gewissen Pflanzen als erregende Ursache viel-

Digitized by Google

fach nachgewiesen sind, so sind sie doch ohne die anderen Factoren allein nicht im Stande, den Anfall hervorzurufen.

Die Behandlung besteht in dem Einführen eines mit einer Carbollösung getränkten Pinsels durch die Nasenlöcher bis in's Cavum. Die Lösung besteht aus Glycerin, Carbolsäure, salzsaurem Chinin und Sublimat. Die Pinselung wird alle 2 bis 5 Tage wiederholt.

Dr. M. Schm.

Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the nasopharynx.) (Lancet, 11. Juni 1887.)

In der Leeds and West Riding medico-chirurgical Society trug Dr. Bronner über dieses Thema vor; zur Operation bevorzugt er den stählernen Nagel. Dr. M. Schm.

Neoplastischer Tumor der Nasenhöhlen. (Tumeur néoplastique des fosses nasales.) Von Dr. Kirmisson. (Gazette des hôpitaux, 1886, No. 19, und Annales des maladies de l'oreille etc, 1886, No. 12.)

Gelegentlich der Radicaloperation eines Sarcoma der hinteren Rachenwand mit bedeutender Wucherung und später erfolgendem tödtlichen Ausgang kommt Verfasser zu der practisch wichtigen Bemerkung, dass Myxome nie von der Nasenscheidewand ausgehen, während Sarcome gewöhnlich diesen Ausgangspunkt haben. Dr. P. K.

Missbildungen der Nasenscheidewand. Eine neue Operation zu ihrer Verbesserung mit einer Analyse ihrer Erfolge in 166 Fällen, neues Licht auf die Pathologie der Erkrankungen der oberen Luftwege und ihre Beziehungen zu den sogen. Nasenreflexen werfend. (Deformities of the nasal septum. A new Operation for their correction with an analysis of its results in 166 Cases, as throwing new light on the pathology of diseases of the upper air-tract an their relation to the so-called Nasalreflexes.) (Gelesen vor der New-York Academie of Medecine, 1886, 30. December.)

Die Gestaltveränderungen der Scheidewand bestehen in Verbiegungen des knorpeligen Theiles allein, meist mit senkrecht verlaufendem Rücken, selten sind solche auf den Knorpel beschränkte mit wagerechtem Verlaufe; meist sind Knorpel und Knochen nach einer Seite verbogen, selten der eine nach rechts, der andere nach links. Es giebt noch Gestaltveränderungen, welche man nicht Verbiegungen nennen kann, das sind die knöchernen Leisten und Vorsprünge, welche an Nahtlinien liegen. Die Entstehung ist meistens traumatisch. Die vorgeschlagene Operation ist nicht neu, sie besteht in dem Absägen des vorspringenden Theiles. Verf. legt Werth auf eine möglichst glatte, senkrechte Schnittfläche. Er hat nie eine gefährliche Blutung gesehen. Die Nase heilt in 4—6 Wochen ohne alle Nachbehandlung. (Mit einer solchen doch wohl sicherer und rascher. Ref.)

Eine jede Unregelmässigkeit oder jeder Vorsprung auf der senkrechten Fläche des Vomer, welche auch nur leicht das Athmen hindert, muss als eine Abnormität betrachtet werden, welche Verbesserung verlangt.

In dem zweiten Theil seines Vortrages weist Verf. nach, dass die Schleimsecretion im Halse nicht vom Pharynx, sondern von der Nase und den Resten der adenoiden Vegetationen stammt, und wie die Entstehung

Digitized by Google

des chronischen Catarrhs durch die Verbiegungen der Scheidewand der Nase bedingt werden soll.

Von 45 wegen hypertrophischer Rhinitis Operirten heilte er 23 und besserte 13 meist bedeutend. 21 Fälle wurden wegen einfacher chronischer Rhinitis operirt.

Jede Verstopfung der Nase giebt nach und nach Veranlassung zu Hyperämie der dahinter liegenden Theile bis in die Bronchien. Verf. sah keinen Fall von Asthma, der nicht von der Nase ausging, wenn auch einzelne Anfälle durch Indigestion hervorgerufen oder gesteigert werden können. Deshalb muss die Kur der Hyperämieen im Halse, Bronchien etc. mit der Freimachung der Nase beginnen. Verf. heilte ferner eine Anzahl von Ohrengeräuschen, Schwindel, einen Fall von Epilepsie.

Dr. M. Schm.

Rundzellensarcom nach einer andauernden Eiterung im Antrum; theilweise Excision des Oberkiefers. (Round celled sarcoma after prolonged suppuration of Antrum; partial excision of superior maxillar.) Von Mr. Bryant. (Lancet, 18. Juni 1887.)

Eine 49jährige Frau hatte seit 10 Jahren Schmerzen in der Oberkiefergegend; 15 Monate Eiterung; nach einer kurzen gesunden Zwischenzeit wuchs das Sarcom; dasselbe wurde mittelst theilweiser Exstirpation des Oberkiefers entfernt. (Ob Recidiv?) Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die epidemische und contagiöse Natur der Aphten. (De la nature épidémique et contagieuse des aphtes.) Von Dr. Edmond Chaumier. (Gaz. médic. de Paris, 1886, No. 21, und Revue mensuelle de laryngologie, 1887, No. 3.)

Das nie einzelne Auftreten eines Falles von Aphten, sowie die vielen Ursachen, welche man den Aphten zuschreibt, lassen auf Epidemie und Contagion schliessen; eben die meisten Krankheiten, bei welchen Aphten vorkommen, sind selbst epidemische Krankheiten. Dr. P. K.

Eine einfache Art, das Schlucken zu ermöglichen, wenn dasselbe durch ausgedehnte Geschwürsbildung des Kehldeckels gehindert ist. (A simple method of procuring deglutition where such is impeded by reason of extensive ulceration of the epiglottis.) Von Dr. Norris Wolfenden, London. (Lancet, 2. Juli 1887.)

Diese, allerdings einfache Art lernte Verf. von einem Patienten. Sie besteht in der Bauchlage mit erhöhter gelagerten Beinen und in dem Trinken mittelst eines sechs Zoll langen Gummirohres mit hartem Mundstück. Besagter Patient, welcher in aufrechter Stellung keinen Theelöffel voll ohne die grössten Schmerzen schlucken konnte, trank ohne alle Beschwerde oder Husten ein Glas Wasser.

(Scheint nach einem Versuche, den ich anstellen konnte, richtig zu sein. Ref.) Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Verbreitung und Verhältnisse des Lymphgefässsystems in den Mandeln. (Disposition et connexion du réseau lymphatique dans les amygdales.) Von Dr. E. Retterer. (Société de biologie, séance du 23 Janvier 1886 und Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

An einem durch Strangulation getödteten Hunde (das Blutgefässsystem wurde auf diese Weise strotzend gefüllt erhalten) wurde mittelst interstitieller Injection von Gelatine und Argentum nitricum (1 : 300) das genaue anatomische Verhalten des Lymphgefässsystems der Mandeln festgestellt. Dr. P. K.

Bösartiges Sarcom der Mandel. (Maliquant sarcoma of the tonsil.) Von Mr. H. Gray Croly, Dublin. (Lancet, 18. Juni 1887.)

Verf. berichtet über 2 Fälle, einer von 17, der andere 50 Jahre alt, beide ähnelten so sehr einem Abscess, dass ein Einschnitt gemacht wurde. Der erste Fall wurde nach Tracheotomie mit dem Cauter vom Munde aus operirt, kehrte bald wieder. Bei der Discussion in der Academy of medicine in Ireland sprachen sich mehrere Redner gegen diese Art der Operation aus, sie würden die von Aussen vorziehen.

Dr. M. Schm.

Ereigniss beim Gebrauch des Cocain als Anaesthetioum vor der Amygdalotomie. (Accident causé par la cocaine employée comme anesthésique avant une amygdalotomie.) Von Dr. G. Gourand. (Gazette médicale de Nantes, 1886, No. 5, und Annales des maladies de l'oreille, 1886, No. 12.)

Es waren 4 Gramm einer 4 procentigen Cocainlösung eingepinselt worden. Gleich nachher traten Erbrechen, allgemeines Zittern, Dunkelsehen, Schwindel, Contracturen und Krämpfe ein, der Gang wurde unsicher; diese Symptome verschwanden nach 1/4 Stunde und die Operation wurde bei nicht anaesthesirten Mandeln vollzogen. Dr. P. K.

Durch Mandelsteine hervorgerufene Zufälle. (Des accidents causés par les calculs de l'amygdale.) Von Dr. Terrillon. (Archives générales de médecine, Août 1885, und Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Verf. giebt die Symptomatologie der Mandelsteine; sie werden am oftesten mit Mandelhypertrophie verwechselt und wird irrthümlich oft die Mandelexstirpation vorgeschlagen, wie es wirklich in dem vom Verf. beschriebenen Fall geschehen war. Dr. P. K.

Ueber grosse Krebsexstirpationen im Munde, im Pharynx und an den Gaumenbögen. (Des larges ablations des cancers de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx.) Von Dr. Polaillon. (Gazette méd. de Paris, 1886, No. 17, und Annales des maladies de l'oreille, 1886, No. 12.)

Sechs solche grosse Operationen wurden vom Verfasser ausgeführt, wovon 4 durch Blutung und Bronchopneumonie tödtlich endeten und 2 relativ heilten; letztere dauerten nicht über 2 Monate. Diese Operationen sind also wenig einladend, trotz der Gewandtheit des Operateurs.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Catarrh des Sinus maxillaris, Grenzen der Heilbarkeit; Behandlung durch Trepanation, Drainage und die antiseptischen Pulver. (Catarrhe du sinus maxillaire, limites de la curabilité; son traitement par la trépanation, le drainage et les poudres antiseptiques.) Von Dr. Combes. (2. Congrès de chirurgie français, Octobre 1886 und Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Um Heilung zu erzielen, muss man immer trepaniren, einen metallenen Drain einführen, auswaschen und antiseptische Pulver anwenden. Operirt man zeitig, so kann der Kranke geheilt werden; wartet man zu lange, so muss der Drain für immer liegen bleiben. Dr. P. K.

Ueber hysterischen Mutismus. (Du mutisme hystérique.) Von Dr. Cartaz. (Progrès médical, No. 7, 9 und 10, und Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Der Larynx ist nie Ursache der Krankheit; derselbe ist immer intact, die Bewegungen der Stimmbänder können normal sein; das ist also rein psychisch. Dr. P. K.

Einige Fälle von nervöser Aphonie durch Suggestion in wachendem Zustande geheilt. (Quelques cas d'aphonie nerveuse guéris par suggestion à l'état de veille.) Von Dr. Bolard.

Bei nervöser Aphonie sind besonders die Musculi thyreoarytenoidei und interarytenoidei angegriffen, während die übrigen Larynxmuskeln mehr bei Compressionslähmungen gelähmt sind. Verf. giebt die Symptome, den Verlauf und die bisher geübten Behandlungweisen der nervösen Aphonie; er kommt auf die Behandlung nach Dr. Bernheim von Nantzig zu sprechen und beschreibt folgende Fälle: 1) Ein 15jähriges Mädchen, sonst gesund, wurde Morgens plötzlich aphon; keine Hysterie; tönendes Lachen; normaler Kehlkopf; Patientin wird überzeugt, dass der in den Pharynx eingeführte Kehlkopfspiegel sicher Heilung bringen wird; nach 14tägiger Behandlung mittelst des Spiegels und Pil. Griffithii trat Heilung ein. 2) Ein 17jähriges Mädchen wurde von seiner nervösen Aphonie durch dieselbe Behandlung in wenigen Tagen geheilt. 3) Ein chlorotisches Mädchen, welches plötzlich aphon wurde, nicht hysterisch war, wurde auf dieselbe Weise in einigen Tagen geheilt. 4) Ein 18jähr. Mädchen war zweimal ohne nachweisbare Ursache heiser geworden; der laryngoscopische Befund war ausser Anaemie ein negativer; es genügte, der Patientin zu beweisen, dass der eingeführte Larynxspiegel genüge, um sie zu heilen; die Stimme kam bald ohne jede andere Medication zurück. 5) Ein 20jähriges, chlorotisches Mädchen war drei Meter tief herabgefallen, ohne sich zu beschädigen; sie verlor die Stimme. Nachdem man ihr bewiesen hatte, dass die laryngoscopische Untersuchung genüge, die Stimme wieder herzustellen, trat schnell Genesung ein. 6) Eine 30jährige, hysterische Schullehrerin verlor nach jeder Gemüthsbewegung oder Ueberanstrengung die Stimme; man sagte ihr, es genüge, den Spiegel in den Pharynx einzuführen, um sicher die Stimme wieder herzustellen, was denn auch jedes Mal gelang.

Verf. räth, bei allen hysterischen und rein nervösen Stimmbandlähmungen diese einfache Manipulation zu probiren; er vergleicht diese Patienten mit denen, welche sich nach Gebrauch von Brodpillen und subcutanen Wasserinjectionen besser befinden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die Funotionen der Schilddrüse. (La fonction de la glande thyroidienne.) Von Victor Horsley. (Société de biologie, séance du 26 Décembre 1886 und Annales des maladies de l'oreille etc., No. 12.)

Nach totaler Entfernung der Schilddrüse beim Affen treten drei verschiedene Arten von Veränderung auf: 1) Die nervöse Periode: rhythmisches Zittern, die geistigen Functionen nehmen ab, das Thier wird blödsinnig. 2) Die mucinöse Periode: Das Mucin häuft sich im Bindegewebe an, es tritt Myxoedem auf, das Thier sieht dem Cretin ähnlich, die Temperatur sinkt, das Thier muss erwärmt werden, soll es leben. 3) Die atrophische Periode: Das Aussehen ist das eines zu früh alternden Wesens. Dr. P. K.

Acute, eiternde Laryngitis. Tracheotomie, Tod. (Laryngite aigue suppurée; trachéotomie; mort.) Von A. Florand. (Société clinique de Paris, France médicale und Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Ein dramatischer Schauspieler bekommt in Folge von Erkältung und Ueberanstrengung stechende Schmerzen in dem Kehlkopf mit immer wachsender Dyspnoe; die schnell ausgeführte Tracheotomie half nicht und Patient erlag 24 Stunden nach der Operation; die ganze Larynxschleimhaut, inclusive der 4 Stimmbänder, war eitrig infiltrirt, der rechte Pleuralraum war mit Eiter angefüllt. Dr. P. K.

Discussion über die O'Dwyer'sche Intubation des Kehlkopfes in der New-York Academy of Medicine, den 2. Juni 1887. 1) Intubation. Von Francis Huber in New-York. — 2) Feeding after Intubation of the Larynx. With Exhibition of Tubes Modified to Overcome Difficulty in Feeding. Von Joseph O'Dwyer in New-York. — Pathological Anatomy of the Respiratory Tract After Death from Laryngeal Diphtheria and Intubation. Von W. P. Northrup in New-York. — Contribution to the Discussion on Intubation of the Larynx. Von A. Caillé in New-York. — Dangers and Accidents of Intubation. Von Dillon Brown in New-York. — Tracheotomy Following Intubation of the Larynx. Von Irwin H. Hance in New-York. (Med. Record, 18. u. 25. Juni 1887.)

In den Ver. Staaten und Canada hat die Intubation des Kehlkopfes nach O'Dwyer als Palliativmittel zur Behebung der Dyspnoe bei diphtheritischer Larynxstenose die Tracheotomie beinahe vollständig verdrängt. Unter den Vielen, welche jetzt für die Intubation einstehen, sei hier A. Jacobi besonders genannt. Huber zählt 47 eigene Fälle auf, worunter 20, die mit Genesung endigten. Aus seinem Artikel ist besonders die gedrängte und übersichtliche Darstellung aller Punkte, welche für und wider die Intubation als Ersatz für die Tracheotomie vorgebracht werden können, zu erwähnen.

Northrup hat nur in wenigen Fällen von besonders herabgekommenen Kindern tiefgreifende Druckgeschüre an der vorderen Wand der Trachea, entsprechend dem unteren Ende des Intubationsrohres, gefunden. — Gegenüber dem von klinischer Seite der Intubation gemachten Vorwurf, dass Schluckpneumonie nach ihr verhältnissmässig viel häufiger auftritt, als nach Tracheotomie, betont N., dass er bei der Section pneumonischer Lungen von intubirten Kindern niemals Speisetheile in den feineren Bronchien oder Alveolen hat finden können.

Digitized by Google

Caillé hat 16 Mal intubirt, mit 6 Genesungen.

Dillon Brown bespricht:

A. Die Zufälle bei der Intubation, welchen vorgebeugt werden kann: 1) Apnoe, wenn die Insertion des Tubus nicht rasch genug ausgeführt wird. Man soll lieber mehrere kurze Versuche hintereinander machen, als einen ungebührlich lange fortgesetzten. — 2) Die Etablirung falscher Wege durch Anwendung zu starker Gewalt, wovon zwei Fälle angeführt werden. — 3) Erstickung in Folge allmähliger Verstopfung des Tubus. Durch ununterbrochenes Einathmen von Wasserdampf, eventuell durch prompte Entfernung des Intubationsrohres zu verhindern. — 4) Hinabgleiten der Canüle in die Luftröhre. Kann bei passender Wahl der Grösse und Form der Canüle nicht vorkommen. — 5) Verlegung der oberen Canülenöffnung durch Anschwellung der sie umgebenden Weichtheile kann durch Digitaluntersuchung festgestellt werden. Die eingeführte Canüle wird entfernt und durch eine mit einem etwas breiteren Kopfe versehene ersetzt. — 6) Die Canüle kann bei der Einführung in den Oesophagus, statt in den Kehlkopf gelangen. Dieser Fehler ist bei einiger Uebung leicht zu vermeiden und jedenfalls leicht zu entdecken und gutzumachen. — 7) Verletzungen in Folge ungeschickten und zu gewaltsamen Verfahrens bei der Extraction des Tubus. — 8) Bei Entfernung der Canüle tritt manchmal Spasmus glottidis auf. Kann durch vorhergehende Verabreichung eines Opiats verhindert werden. Man soll bei jedesmaliger Entfernung des Rohres auf sofortige Wiedereinführung desselben vorbereitet sein.

B. Zufälle, welchen nicht vorgebeugt werden kann: 1) Die Canüle kann beim Einführen Pseudomembranen vor sich hertreiben und dadurch die Lichtung verlegen. Dies tritt bei der erstmaligen Einführung sehr selten ein, etwas häufiger noch bei Wiederholung der Einführung. Man fixire das Rohr sicher mit dem Zeigefinger der linken Hand, während man den „Intubator" entfernt. Versäumt man dies, so steigt die Canüle mehr oder minder in die Höhe und man muss sie nachträglich mit dem Finger hinunterstossen. Da nun der Schutz des vorspringenden abgerundeten Mandrinendes fehlt, kann der untere Rand der Canüle leicht Membranfetzen abstreifen. — 2) Das Intubationsrohr soll nicht zu fest sitzen, damit es, wenn es sich verstopfen sollte, was weit weniger häufig vorkommt als bei der Tracheotomiecanüle, ausgehustet werden könne. — 3) Tritt nach dem Aushusten des Rohres wieder Dyspnoe auf, so hat man zu erneuter Intubation, eventuell mittelst einer Canüle von anderer Form zu schreiten.

Unter „theoretischen und practischen Gefahren" zählt Dillon Brown folgende auf:

1) Shock: nach Ausführung der Intubation tritt manchmal Temperaturerhöhung und unaufhaltsamer Kräfteverfall ein. — 2) Das fortgesetzte Einathmen von Luft, welche über diphtheritische Membranen streicht, soll septische Pneumonie verursachen. B. hält dies für einen rein theoretischen Einwand und glaubt, dass in Wirklichkeit die pneumonischen Complicationen von einem directen Weiterkriechen des diphtheritischen Processes auf der Schleimhaut selbst herzuleiten seien. An Schluckpneumonie glaubt er auch nicht. (Vgl. weiter oben die Resultate der Untersuchungen Northrup's über diesen Gegenstand.) — 3) Die

Digitized by Google

Druckgeschwüre, welche die Intubationscanüle manchmal hervorruft, führen niemals zu so bedenklichen Erscheinungen, wie sie so häufig durch den mechanischen Reiz der Tracheotomiecanüle hervorgerufen werden.

B. bestrich die Canüle in einem Falle mit einer Höllensteinsalbe, von der er eine adstringirende Wirkung hoffte. Der Erfolg war ein höchst ungünstiger, weshalb er vor Nachahmung dieses Beispiels warnt.

Hance berichtet über den Fall eines 20 Monate alten Kindes mit Scharlachdiphtherie, bei welchem die mehrmals wiederholte Intubation wegen Verstopfung der Canüle nicht zum Ziele führte, weshalb schliesslich doch noch die Cricotomie gemacht wurde. Ausgang tödtlich.

A. Sch. (N.-Y.)

Intubation des Larynx im Boston-City-Hospital. (Intubation of the Larynx at the Boston City Hospital.) Von W. H. Prescott, House Surgeon am Hospital. (Boston Med. and Surg. Journ., 2. Juni 1887.)

Bericht über 10 Fälle, von welchen zwei mit dem Leben davon kamen. Die Dyspnoe wurde dadurch in allen Fällen erfolgreich behoben. In den ersten Fällen wurde der Seidenfaden, im Widerspruch mit O'Dwyer's ausdrücklicher Anweisung, nicht detachirt, was das Verschlucken des Tubus zur Folge hatte. A. Sch. (N.-Y.)

Die Intubation des Larynx. Von Georg Thilo in Chicago. (New-Yorker Medicin. Presse, Juni 1887.)

Verf. hat die O'Dwyer'sche Intubationscanüle mit einem oberen Ende aus weichem Kautschuk versehen und demgemäss auch sowohl den „Inductor" als auch den „Extractor" modificirt. Er berichtet über vier mit dem so modificirten Apparat intubirte Fälle, von denen drei genasen. Wegen genauerer Beschreibung ist auf das mit Abbildungen versehene Original zu verweisen. A. Sch. (N.-Y.)

Drei Fälle von Intubation des Kehlkopfes. (Three cases of intubation of the larynx.) Von DDr. Seingelton Smith und Waldo, Bristol. (Lancet, 18. Juni 1887.)

Bei zwei Croupkindern hatte die Operation nach O'Dwyer Erfolg. Bei einem dritten schien die Anwesenheit der Röhre vielleicht eine Steigerung der Entzündung in der Luftröhre hervorzurufen. Der sofortige Nutzen war sehr gross; die Röhre wurde in allen 3 Fällen beim zweiten Einführen bald ausgehustet; das eine gestorbene Kind hatte eine Röhre verschluckt. Sie fand sich bei der Section im Blinddarm.

Dr. M. Schm.

Een Haematoom in den Larynx. Van Dr. ter Maten. (Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneeskd. 1887, I, No. 26.)

Der Pat., ein Lehrer, war seit vier Jahren heiser, seiner Meinung nach in Folge einer Erkältung. Besondere Anstrengung der Stimme hatte er nicht gehabt, ein Trauma nicht erlitten. Am freien Rand des linken Stimmbandes fand Verf. etwa in der Mitte einen blaurothen, glatten Tumor, von der Grösse einer kleinen Erbse. Das Stimmband selbst war roth, wie bei chronischem Catarrh.

Nach Bepinselung des Pharynx und Larynx mit Cocain wurde die

Digitized by Google

Larynxpincette eingeführt, doch glitt der Tumor durch seine Glätte weg, wenn man ihn zwischen die Branchen der Pincette fassen wollte, was bei Polypen nie der Fall ist. Als Verf. deshalb mehr Kraft anwendete, fühlte er beim Schliessen der Pincette das Bersten der Wand des Tumors und nach dem Zurückziehen des Instruments fand sich in demselben kein Tumor, sondern Blut. Die darauf vorgenommene Spiegeluntersuchung lehrte, dass die Schwellung verschwunden war, aber am Rande des Stimmbandes hing die schlaffe, leere Wand, die leicht zu entfernen war. Die Stimme ist seit der Zeit wieder vollkommen normal. —s.

Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. (Deux cas de corps étrangers solides des voies aériennes.) Von Dr. Barraud. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Aout 1885 und Revue mensuelle de laryngologie No. 2.)

Ein sechsjähriges Kind brachte sich beim Spielen ein Maiskorn in die Luftwege. Am folgenden Tage findet man Fehlen des Respirationsgeräusches auf der rechten Lunge. Die Tracheotomie wurde gemacht, es trat Blut in die Trachea und ein Hustenstoss beförderte den Fremdkörper zu Tage.

Ein 3jähriges Kind bekam eine Bohne in die Luftwege und wurde in trostlosem Zustande ins Spital gebracht. Man konnte noch hören, dass der Fremdkörper im rechten Bronchus sass. Man machte schnell die Tracheotomie, es konnte aber kein Hustenstoss mehr ausgewechselt werden. Das Kind erlag in dem Momente, wo man mittelst der Pincette einen Theil der Hülse der Bohne entfernte. Bei der Section gelang es leicht, die Bohne mittelst Pincette aus dem rechten Bronchus zu entfernen.

Verf. lässt der Beschreibung dieser zwei Fälle alle Maassregeln folgen, welche in dem gegebenen Falle zu befolgen sind. Dr. P. K.

Oesophagotomie wegen Fremdkörper. (Oesophagotomy for foreign body.) Von Barton. (Lancet, 30. April 1887.)

Der Fall betraf ein Kind, welches eine Stahlwalze einer Nähmaschine verschluckt hatte. Die Ernährung geschah nach der Operation durch eine von der Wunde aus eingeführte Sonde. Der Vortrag wurde in der Academy of Medicine in Ireland gehalten. Dr. M. Schm.

Strictur der Speiseröhre. (Lancet, 22. Januar 1887.)

Präparat vorgezeigt von Edgar Flinn in der Academy of Medecine in Ireland. Das Abweichende in dem Falle vom Gewöhnlichen einer krebsigen Strictur der Speiseröhre bestand in der enormen Erweiterung des Magens, bedingt durch einen in einem am Pylorus gelegenen Divertikel befindlichen Stein. Dr. M. Schm.

Cerebrospinalmeningitis, zu einem Abscess der Speiseröhre führend. (Cerebrospinal-meningitis leading to oesophageal abscess.) Von Hale White, M. D., London. (Lancet, 20. November 1886.)

Verf. demonstrirte das Präparat mit zwei Geschwürflächen, je in der hinteren und vorderen Wand der Speiseröhre, eine in der Höhe des Ringknorpels. (Decubitalgeschwüre? Ref.) Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Recurrensverletzung durch ein Aortenaneurysma. (Lésion du nerf recurrent dans le cours d'un anévrisme aortique.) Von Dr. Albert Mathieu. (Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5.)

Eine 36jähr. Frau zeigte intermittirende Erstickungsanfälle, welche durch Ethyl. jodatum gelindert wurden. Nach sechs Wochen erlag Pat. während einem Anfall. Der linke Recurrens war flachgedrückt, geröthet, verdrängt. Es bestand jedenfalls doppelseitiger Laryngospasmus (trotz einseitiger Recurrenserkrankung). Dr. P. K.

Syphilitische Verengerung der Trachea und der Bronchien. (Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches.) Von Dr. J. Bezançon. (Société anatomique, 19 Mars 1886, Progrès médical, 12 Juni 1886, und Annales des maladies de l'oreille, 1886, No. 12.)

Erstickungserscheinungen mit Lungenemphysem. Tod nach 10 Monaten. Am interessantesten ist die Tracheobronchialstenose, welche während des Lebens nicht diagnosticirt werden konnte; es hatte nie Larynx- oder Trachealpfeifen bestanden. Das Athmungshinderniss bestand nur in der Lungeninsufficienz. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Cardone: Ein besonders interessanter Fall von Otitis tuberculosa. — Ziem: Ueber Operationen im hinteren Abschnitte der Nase unter Leitung des Fingers. — Hopmann: Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen? (Fortsetzung.) — Dos: Zur Lehre vom Husten (Schluss). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht aus der „Wiener Allgem. medicin. Zeitung" über zwanglose wissenschaftliche Berathungen von Ohrenärzten. — Purjesz: Zur Behandlung der Ohrpolypen. — Rollin: Verletzung beider Ohren durch eine Revolverkugel; Extraction des Geschosses; folgende Seh- und Gehirnstörungen. — b) Rhinologische: Chatellier: Fibröser Polyp der hinteren Choanen, Zerstückelung des Tumors, Exstirpation ohne vorhergehende Operation. — Barzellini: Prophylaxis des Niesens und des Nasenblutens. — Clark: Schnelle und bisweilen erfolgreiche Art, Heufieber zu behandeln. — Bronner: Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. — Kirmisson: Neoplastischer Tumor der Nasenhöhlen. — Missbildungen der Nasenscheidewand. — Bryant: Rundzellensarcom nach einer andauernden Eiterung im Antrum; theilweise Excision des Oberkiefers. — c) Pharyngo-laryngologische: Chaumier: Ueber die epidemische und contagiöse Natur der Aphten. — Wolfenden: Eine einfache Art, das Schlucken zu ermöglichen, wenn dasselbe durch ausgedehnte Geschwürsbildung des Kehldeckels gehindert ist. — Retterer: Verbreitung und Verhältnisse des Lymphgefässsystems in den Mandeln. — Croly: Bösartiges Sarcom der Mandel. — Gourand: Ereigniss beim Gebrauch des Cocain als Anaestheticum vor der Amygdalotomie. — Terrillon: Durch Mandelsteine hervorgerufene Zufälle. — Polaillon: Ueber grosse Krebsexstirpationen im Munde, im Pharynx und an den Gaumenbögen. — Combes: Catarrh des Sinus maxillaris, Grenzen der Heilbarkeit. — Cartaz: Ueber hysterischen Mutismus. — Bolard: Einige Fälle von nervöser Aphonie durch Suggestion in wachendem Zustande geheilt. — Horsley: Ueber die Functionen der Schilddrüse. — Floraud: Acute, eiternde Laryngitis. — Discussion über die O'Dwyer'sche Intubation des Kehlkopfes in der New-York Academy of Medicine, den 2. Juni 1887. — Prescott: Intubation des Larynx im Boston-City-Hospital. — Thilo: Die Intubation des Larynx. — Smith und Waldo: Drei Fälle von Intubation des Kehlkopfes. — ter Maten: Een Haematoom in den Larynx. — Barraud: Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. — Barton: Oesophagotomie wegen Fremdkörper. — Flinn: Strictur der Speiseröhre. — White: Cerebrospinalmeningitis, zu einem Abscess der Speiseröhre führend. — Mathieu: Recurrensverletzung durch ein Aortenaneurysma. — Bezançon: Syphilitische Verengerung der Trachea und der Bronchien.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. **Beiträge** werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, September 1887.** **No. 9.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Otitis catarrhalis acuta duplex — Encephalomeningitis — Tod.

(Vortrag, gehalten in der Warschauer Medicinischen Gesellschaft den 31. Mai 1887.)

Von Dr. med. **Th. Heiman,** Ohrenarzt in Warschau.

M. H.! Die Beziehung zwischen gewissen Ohrenleiden und Folgeerkrankungen des Gehirns und seiner Häute war schon einigen der älteren Aerzte, wie Avicena, Morgagni und Stoll, bekannt; und durch die Arbeiten von Lallemand, Toynbee, Cohn, Sedillot, Virchow, Griesinger und hauptsächlich von Lebert ist uns der Weg, auf welchem die Entzündungsprocesse vom Ohre auf das Gehirn übergehen, recht klar geworden.

Der Gehirnabscess, die Meningitis und die Phlebitis, wie auch die Pyohämie und Septhämie, sind die meisten Krankheitsformen, welche consecutiv bei Ohrenleiden entstehen. Diese complicirenden Krankheiten erscheinen öfters bei chronischen Eiterprocessen im Mittelohre, die mit Caries eines der Schläfenknochenabschnitte oder ohne dieselbe verbunden ist; selten sind sie Folgen acuter Processe des Mittelohres oder sogar des äusseren Abschnittes des Gehörapparats. In den Fällen, wo weder

Digitized by Google

Caries, noch angeborene Canäle, die das Ohr direct mit der Schädelgrube verbinden, constatirt werden konnte, ist der Weg, auf welchem die Entzündungsproducte in die letztere hineinwanderten, oft bei der Autopsie unbekannt geblieben, und erst durch sorgfältiges Präpariren ans Licht gebracht worden.

Man glaubte bis vor Kurzem, dass die ebengenannten tödtlichen Folgestörungen nur bei Eiterprocessen des Mittelohres entstehen können, sogar wenn kein Secret nach aussen secernirt; erst die Beobachtungen von Wendt, Zaufal und Schwartze zeigten, dass auch eine gewöhnliche catarrhalische Entzündung des Cavum tympani mit serösem oder schleimigem Secret, ohne Perforation des Trommelfells, auf das Gehirn und seine Häute übergehen und einen tödtlichen Ausgang hervorrufen kann.

Der Krankheitsfall, den ich vor einigen Wochen in der Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit hatte, dessen Krankheitsgeschichte ich Ihnen in Kurzem zu schildern beabsichtige, gehört zur letzten Categorie, und jedenfalls dürften solche Fälle nicht alltäglich vorkommen.

Den 27. April d. J. wurde ich zum Kranken F. H. K., 33 Jahre alt, in Folge allgemeiner Schwäche, Kopfschwindel, Uebelkeit, Hörverminderung auf beiden Ohren und einer unbedeutenden Absonderung aus dem linken Ohre, berufen.

Der Kranke, ein intelligenter Mann, giebt positiv an, dass er sein ganzes Leben gesund war. Constitutionskrankheiten, wie auch acute Exantheme, mit Ausnahme der Masern im Kindesalter, machte er nie durch. Er litt nie weder an diffusen, noch an localisirten Kopfschmerzen, hatte weder Kopfschwindel, noch Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Ohrenfluss oder sonst welche Ohrensymptome jemals bemerkt. Auch erinnert er sich nicht, dass er je ein Trauma des Kopfes überstanden hätte. Er ist Vater von fünf gesunden Kindern. Seine Eltern und Grosseltern waren nie ohrenleidend und hatten keine Constitutionskrankheiten. Seine Mutter lebt bis heute und befindet sich wohl. Auch die Geschwister des Kranken sind gesund und von Ohrenleiden frei. In den letzten Wochen hatte er im Geschäfte viel Verdruss. Vor zehn Tagen befiel ihn ein heftiger Nasen- und Rachencatarrh, zu welchem sich zwei Tage später Ohrenstechen und Schwerhörigkeit gesellten. Dieser letztere Zustand, mit Ausnahme des Ohrenstechens, das nach eintägiger Dauer verschwand, hielt fünf Tage an, und, wie gewöhnlich in solchen Fällen, nahm der Kranke keinen ärztlichen Rath in Anspruch, in der Annahme, dass der Schnupfen bald von selbst verschwinden würde. Vor drei Tagen ging er in ein warmes Bad, nach welchem in einigen Stunden heftiger Frost, Schwindel und Kopfschmerz — der letztere an der rechten Schläfen- und Stirngegend begrenzt — allgemeine Schwäche, zweimaliges Erbrechen, Stuhlverstopfung und verstärktes Ohrenstechen entstand. Der herbeigeholte Arzt constatirte die soeben erwähnten Symptome bei völliger Fieberlosigkeit (?), verordnete Calomel innerlich, nach welchem in einigen Stunden gewisse Symptome gänzlich verschwanden, und zwar der Kopfschmerz, das Erbrechen, die Stuhlverstopfung und das Ohrenstechen; die anderen verminderten sich deutlich, und zwar der Schwindel und die Uebelkeit; ohne Veränderung blieben — die Schwerhörigkeit und eine enorme allgemeine Schwäche. In diesem Zustande verblieb der

Digitized by Google

Kranke zwei Tage, und da die erwähnten Erscheinungen anhielten, das Ohrenstechen zurückkehrte, und aus dem linken Ohre sich ein leichtes Secret zeigte, da wurde ich am dritten Tage herbeigerufen.

Ich fand ein mittelmässig genährtes Individuum mit eingefallenem Gesichte, das Leiden ausdrückte. Der Kranke klagt über allgemeine Schwäche, Kopfschwindel bei Veränderung der horizontalen in die sitzende Lage, und zwar in solchem Grade, dass er nicht im Stande sei, eine kurze Weile in der letzteren Lage zu verbleiben. Es quält ihn eine Schwere des Kopfes, allgemeine Mattigkeit und Reizbarkeit, Uebelkeit und Stuhlverstopfung in leichtem Grade. Der Puls giebt 80 Schläge in der Minute, er ist regulär, die Spannung der Gefässwand der A. radialis normal; der allgemeine Zustand ist fieberlos (37,2° + C.), die Respiration ruhig. In den Bauch- und Brustkasten-Organen ist nichts Pathologisches bemerkbar. Die Zunge ist weiss belegt, feucht und bewegt sich frei; Appetit mangelt. Die Warzenfortsätze sind schmerzlos, ihre Haut unverändert; schmerzhafte Punkte sind weder am ganzen Kopfe, noch an der Grenze des Hinterhaupt- und Schläfenknochens aufzufinden. Die äusseren Gehörgänge sind durchaus normal. Beide Trommelfelle sind diffus geröthet, in ihrer oberen Hälfte hervorgewölbt, die Processus breves werden nicht gesehen; im vorderen unteren Quadranten des linken Trommelfells ist eine ganz kleine Oeffnung, die mit Schleim gefüllt ist, zu bemerken. Die Hörschärfe ist auf beiden Ohren stark herabgesetzt; die Taschenuhr wird nur beim Anlegen an die Ohrmuscheln und auf den Warzenfortsätzen, die Stimmgabel *a* wird beiderseits in der Entfernung von 1 Ctm. von den Ohren, laute Sprache auf 20 Ctm. von den Ohren gehört. Die Kopfknochenleitung wird auf beiden Seiten constatirt. Nach Anwendung der Luftdouche nach Politzer's Methode trat eine sofortige und sehr bemerkbare Hörverbesserung ein, und zwar Taschenuhr beiderseits = 15 Ctm., die Stimmgabel = 20 Ctm., stille Sprache = 3 Meter; gleichzeitig verschwand die Eingenommenheit des Kopfes, wie auch der Schwindel; der Kranke fühlt sich erfrischt und geht frei vom Bette bis zum Fenster (6 Meter). In den Nasenhöhlen ist eine gewöhnliche Coryza mit leichter Schwellung der unteren Nasenmuscheln, der Rachen leicht geröthet. Bei solchem Symptomencomplex wurde die Diagnose auf Catarrh der Eustachischen Ohrtrompeten (Otitis catarrhalis acuta duplex) mit reflectorischer Hirnreizung gestellt. Es wurde eine sehr einfache Therapie angewandt; täglich Anwendung des Politzerschen Verfahrens, Einträufelungen in das linke Ohr einer warmen Solution von Borsäure (ich benutze gewöhnlich in solchen Fällen folgende Formel: ℞: Acid. boric. 2,0, Glycerini 16,0, Aqu. dest. 44,0) viermal täglich, und verordnete, so zu verfahren, im Falle sich Secret im rechten Ohre zeigen würde. Innerlich wurde ein drastisches Purgans verabreicht und dem Kranken strenge Ruhe und sparsame Kost empfohlen.

Aus Ursachen, die von mir unabhängig waren, konnte ich den Kranken zum zweiten Male erst am 29. April besuchen. Er erklärte mir, dass sich nach einigen Stunden nach meinem Besuche Schleim im rechten Ohre zeigte; verhältnissmässig fühlt er sich im Allgemeinen recht wohl; es ist kein Fieber zu constatiren, der Puls 72, die Pupillen reagiren gut auf's Licht, der Appetit gut, die Stuhlentleerung normal, die Uebelkeit schwand gänzlich; es blieb eine gewisse Schwere des Kopfes,

Digitized by Google

Reizbarkeit und Mattigkeit, sowie verfallenes Gesicht zurück, ungeachtet dessen der Kranke frei herumgeht. Aus beiden Ohren entleert sich ein schleimiges, in langen Fäden sich ziehendes Secret; die Trommelfelle sind weniger geröthet und weniger hervorgewölbt, ihre Farbe ist blauweiss; die Processus breves sind als kaum bemerkbare, kleine, weisse Pünctchen zu sehen; an beiden Trommelfellen symmetrische, ganz kleine Perforationen an den unteren, vorderen Quadranten. Das Gehör verschlechterte sich derart, wie vor meinem ersten Besuche; das Politzersche Verfahren verursacht keine solch' deutliche Verbesserung wie vorher. Die Therapie der Ohren blieb dieselbe; innerlich wurde nichts verabreicht.

Den 1. Mai habe ich den Kranken zum dritten Mal besucht; der allgemeine und örtliche Zustand blieb fast ohne Veränderung; nur ein unbedeutender Kopfschmerz in der rechten Stirn- und Schläfengegend stellte sich ein. Im Allgemeinen befand sich der Kranke subjectiv so wohl, dass er entschieden forderte, es möchte ihm erlaubt werden, das Zimmer zu verlassen; ich versprach, seinem Wunsche nachzugeben, wenn nur der Kopfschmerz nachlassen würde. Der letztere und der beständige Verfall des Gesichtes, das den Ausdruck eines tiefen Leidens hatte, die gewisse Mattigkeit und Reizbarkeit, wie auch die anhaltende Schwere des Kopfes, beunruhigte mich; indessen konnte aber nichts im ganzen Organismus, das meinen Verdacht bestätigen möchte, entdeckt werden. Aus den Ohren floss eine unbedeutende Quantität schleimig-serösen Secrets. Nach der Luftdouche verbesserte sich zwar das Gehör, aber noch ungenügender, als bei meinem zweiten Besuche.

Der Kranke genoss an demselben Tage um 10 Uhr Abends sein Abendbrod, spielte Karten bis 1 Uhr Nachts, ging zu Bett mit seinem leichten localen Kopfschmerz, schlief aber die Nacht gut durch.

Den 2. Mai erhob er sich vom Bette um 8 Uhr Morgens, kleidete sich an, als er plötzlich um $8^1/_2$ von einem heftigen Schmerz des ganzen Kopfes befallen wurde; er bekam einen starken Schüttelfrost, deutlich ausgeprägten Kopfschwindel, zweimaliges Erbrechen mit Speiseresten und Schleim. Ich besuchte den Kranken um $9^1/_2$ und erschrak über das Bild, das sich meinen Augen vorstellte! Ich gestehe, ich hatte zwar bezüglich eines versteckten, tiefen Leidens Verdacht, aber auf so eine fatale Wendung eines alltäglichen Krankheitsprocesses, der scheinbar normal verlief und wo der Kranke als Convalescent betrachtet werden konnte, war ich nicht ganz vorbereitet! Erst jetzt wurde es mir klar, warum bei einem solchen relativ leichten Leiden des Mittelohres der Gesichtsausdruck des Kranken so sonderbar war, der jedenfalls auf eine tiefe Störung der allgemeinen Ernährung hinwies! Es unterliegt keinem Zweifel, dass schon bevor ich den Kranken in meine Behandlung bekam, in der Schädelhöhle ein Krankheitsprocess latent verlief! — Als ich nun den Kranken besuchte, schrie er und stöhnte ungemein heftig, hielt den Kopf in beiden Händen, warf sich auf dem Bette, aus Schmerzen riss er sich die Wäsche auf, sprach unverständliche Worte, von denen ich nur das eine verstand: „schmerzt". — Die Untersuchung, insofern sie bei solcher allgemeinen Aufregung möglich war, ergab: Temperatur in der Achselhöhle 38,8° + C., der Puls ist regelmässig, voll, hart und giebt 106 Schläge in der Minute, das Gesicht stark verfallen, unter den Augen blaue Halbmonde, die Nase

Digitized by Google

zugespitzt und verlängert; die Pupillen verengt und sehr empfindlich für's Licht; Lichtscheu in sehr hohem Grade; gewaltsames Oeffnen der Augenlider verursacht noch grössere Unruhe und stärkeres Stöhnen und Aufschreien, und aus dieser Ursache konnte auch der Augengrund nicht untersucht werden. Das Sensorium ist nicht sehr benommen. Auf mein Verlangen, die Zunge zu zeigen, macht er Anstrengungen, um sie hervorzuschieben, aber vergebens. Die oberen Extremitäten, insofern sie nicht beim Kopfe gehalten werden, sind halb gebeugt und lassen sich erst nach Anwendung einer gewissen Kraft strecken. Die unteren Extremitäten befinden sich in gestreckter Lage, von Zeit zu Zeit werden sie in die Höhe geschleudert. Auf Temperaturwechsel in gewissen Grenzen reagirt die Hautoberfläche nicht, dagegen werden heftigere Reagentien wie Stechen, Kneipen gut empfunden. Der Bauch ist eingesunken, das Schlingen normal. In den Ohren ist keine Veränderung eingetreten, der Ausfluss ist mässig schleimig serös; nirgends eine Spur von Retention oder ungenügendem Secretabfluss zu constatiren. — Gegen dieses Krankheitsbild, das unbestritten auf ein Gehirnleiden wies, wurden acht Blutegel an die Warzenfortsätze angesetzt, ein Eisbeutel auf den Kopf gelegt und innerlich Inf. sennae compositum mit Tct. colocynth., stündlich ein Esslöffel, verabreicht. Um 3 Uhr Nachmittags besuchte ich nochmals den Kranken, fand aber keine Veränderung, es trat nur eine leichte Ptosis des rechten oberen Augenlides hinzu. Um den Kranken ein wenig zu beruhigen, verordnete ich ein Clysma mit Chloralhydrat 2,0, nach welchem er zwei Stunden schlief. Um 5 Uhr wachte er mit einem heftigen Schüttelfrost, der eine halbe Stunde anhielt, auf, die Körperwärme erhob sich auf 41,5° + C., der Puls war 90; während der letzten zwei Stunden sind einige Stuhlentleerungen erfolgt; die Ptosis wurde bedeutsamer; das Stöhnen fing wieder an, obgleich nicht in solchem Maasse, wie des Morgens. — Um 7 Uhr Abends besuchte ich den Kranken nochmals, und zwar mit noch zwei herbeigeholten Aerzten; ich fand ihn ruhiger, die Pupillen waren verengt und reagirten schwach auf's Licht, die Lichtscheu verminderte sich, die Ptosis erreichte ihren höchsten Grad; in der rechten oberen Extremität zeigten sich clonische Krämpfe, die eine kurze Weile anhielten und nach einigen Minuten wieder zurückkehrten; sonst derselbe Zustand wie vorher. Es wurde beschlossen, Einreibungen in die Schädelhaut — nach vorherigem Abrasiren der Haare — mit Unguentum hydrargyri sublimati corrosivi (3,0 auf 32,0 Vaselin) zu machen; vier Blutegel an die Schläfengegend anzusetzen und innerlich Calomel mit Jalappa in grossen Dosen verordnet. Der Krankheitszustand blieb die ganze Nacht hindurch ohne Veränderung.

Zum letzten Mal besuchte ich den Kranken den 3. Mai um 10 Uhr Morgens und fand einen mehr deutlichen Unterschied im Krankheitsbilde als am vorigen Tage: die Körperwärme fiel auf 36,5° + C.; der Puls ist fadenförmig, sehr rasch und kaum fühlbar, der rechte Winkel des Mundes nach unten und aussen gezogen, die Pupillen sehr erweitert, auf's Licht reactionslos, die Ptosis wie vorher; Stöhnen und verlängerte, laute Exspirationen von Zeit zu Zeit; der Stuhl und Harn wird unfreiwillig abgegeben; beide unteren Extremitäten und die obere linke sind paretisch, in der rechten oberen beständige clonische Krämpfe; das Schlingen normal; auf stärkere Reize, wie z. B. Kneipen, wird noch reflectirt; das

Digitized by Google

Sensorium ist total benommen. Der Zustand der Ohren war unverändert. Ich schritt zu den Excitantien, wie: Campher, Wein, Valeriana und verordnete kalte Begiessungen des Rückens, die jede halbe Stunde wiederholt werden sollten. Alle diese Mittel liessen im Stiche und der Kranke verschied um 4 Uhr Nachmittags. Die Terminalsymptome blieben mir unbekannt.

Diese an clinischen Erscheinungen knappe Schilderung, wo die Autopsie zur Sicherstellung der Diagnose nicht ausgeführt werden konnte, eröffnet ein weites Feld für verschiedene Vermuthungen und Hypothesen. Ich werde Ihnen, m. H., die Zeit mit verschiedenen Auseinandersetzungen nicht rauben und werde mich beschränken auf eine kurze Darstellung meiner Ansicht von der Genese und Diagnose dieses Krankheitsfalles.

Wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf die einzelnen Symptome und das ganze Krankheitsbild des vorliegenden Falles lenken, so treten folgende Fragen in den Vordergrund: 1) War das Leiden des Mittelohres wirklich acut, oder war es nur eine Exacerbation einer chronischen Krankheit des Mittelohres, seiner Knochenwände, oder des umgebenden Knochens? 2) Bestanden nicht latent gewisse pathologische Veränderungen in der Schädelhöhle seit einer längeren Zeit, und ihre Terminalperiode fiel zufällig mit dem Ohrenleiden und unabhängig von demselben zusammen? 3) War nicht das Ohrenleiden die Folge gewisser Krankheitsprocesse in der Schädelhöhle? 4) Waren nicht die Gehirnstörungen directe Folgen des Nasenleidens? 5) Wenn wir zugeben, dass das Gehirnleiden eine Folge und Complication des Ohrenleidens war, fragt es sich, auf welchem Wege die Verbreitung der Krankheit erfolgte? Und 6) wann entwickelten sich die Störungen in der Schädelhöhle und welcher Natur waren sie?

Eine befriedigende Beantwortung der ersten Frage ist nicht schwierig: eine genaue Anamnese, constantes Fehlen bis zur letzten Erkrankung etwaiger subjectiver, wie z. B. Ohrensausen, Schmerzen des ganzen Kopfes oder gewisser Stellen desselben, Kopfschwindel etc., wie auch objectiver Erscheinungen, z. B. Eiterung, Veränderungen im Bau des Trommelfells oder der Trommelhöhle etc., die den Verdacht auf ein veraltetes Leiden dieser Theile vermuthen liessen, entziehen uns in dieser Hinsicht jeden Zweifel. Wir wissen ja aus Erfahrung, dass Otitis media suppurativa chronica, Caries der Knochenwände des Ohres, der Pars petrosa, des Warzenfortsatzes meistens mit letalen Complicationen endigen; diese Krankheitsprocesse können unter gewissen Bedingungen in der Schädelhöhle oder im ganzen Organismus zu solchen Störungen führen, dass sie letzteren tödten. Dieselben Krankheitsprocesse können unter sehr schwachen Erscheinungen verlaufen, ja sogar während einer gewissen Zeit gar keine Symptome zum Vorschein bringen; aber dass sie während ihrer ganzen Dauer ohne jegliche, oder auch nur kurz anhaltende Erscheinungen, welche die Aufmerksamkeit des Kranken auf sich lenken liess, verlaufen, und dass der Arzt beim Untersuchen keine Spur von chronischen Leiden fände, das ist wohl schwer zu vermuthen; bis jetzt ist meines Wissens etwas Derartiges in der Ohrenliteratur nicht notirt worden.

Von den Krankheiten der Schädelhöhle, die in unserem Falle eine längere Zeit latent verlaufen könnten, kann nur die Rede von Gehirnabscess sein. Der letztere kann eine längere Zeit bestehen und sich

Digitized by Google

durch kein Symptom kundgeben, obgleich dies zu den grössten Seltenheiten gehört (Jürgensen, Jaccoud). Aber sogar in diesen Ausnahmsfällen, wenn wir eine genaue Anamnese durchführen, werden wir nicht selten erfahren, dass der Kranke einst an Gehirnerschütterung in Folge eines Trauma litt, oder dass er eine Gehirnentzündung durchmachte. Gewöhnlich aber klagen solche Kranke über einen Kopfschmerz, der mehr oder weniger anhaltend ist, über Schwere des Kopfes, abgesehen von hier und da vorkommendem Kopfschwindel, Erbrechen, Erscheinungen von Hirndruck, Contracturen und manchmal Herderscheinungen. Da in unserem Falle keines von den erwähnten Symptomen jemals bestand, und die Anamnese auch keine Anhaltspunkte für eine solche Annahme gab, lag also kein Grund zur Vermuthung eines veralteten Gehirnabscesses vor. Andere Krankheitsformen aber der Hirnhäute und der Hirnsubstanz treten unter derart marcanten Symptomen auf, dass sie in unserem Falle entschieden ausgeschlossen werden konnten.

Es hätte nun sein können, dass sich eine Meningitis oder Encephalitis in acuter Form primär entwickelte, und dann die Otitis als deren Folge. Einer solchen Annahme widerspricht der ganze Verlauf der Krankheit von ihrem Anfange, und zwar vom Momente, von dem ab sich der Nasencatarrh und nachher der Catarrh der Eustachischen Röhre und des Mittelohres ausbildete, bis zur Entwickelung der Gehirnsymptome. In unserem Falle war die Abhängigkeit der letzteren von den ersteren so deutlich, dass sehr viel Sophistik angewandt werden müsste, um das Gegentheil zu beweisen; mir wenigstens scheint das ganz irrationell zu sein. Gegen eine solche Annahme spricht auch bis zu einem gewissen Grade die Eigenschaft des Secrets; wäre die Ohrenkrankheit Folge der Gehirnstörungen, resp. wenn die Entzündungsproducte vom Gehirn in das Ohr übergingen, so wäre dies wahrscheinlich Eiter und nicht Schleim gewesen. Man muss auch dies berücksichtigen, dass ähnliche Fälle zu den seltensten Ausnahmen gehören, dass wir sie angedeutet finden nur bei den älteren Autoren (Itard), und der grösste Theil, wenn nicht Alle, der neueren Aerzte läugnet geradezu die Möglichkeit einer solchen Abhängigkeit.

Auch muss ich mich gegen die Annahme eines directen Fortschreitens des Krankheitsprocesses von der Nase auf das Gehirn aussprechen. Einer solchen Ansicht widersprechen hauptsächlich die beiden folgenden Momente: 1) Die Localisation des Kopfschmerzes in der Anfangs-, wie in der Terminalperiode des Leidens; — wann überhaupt der Kranke über Kopfschmerzen klagte, bezeichnete er immer die rechte Schläfengegend — und 2) die ersten Störungen, die den Verdacht auf Gehirnreizung erregten, traten erst dann auf, als der Kranke schon einige Tage vorher über Ohrenstechen klagte. So lange ein reiner Nasencatarrh bestand, gab es keine Erscheinungen, welche die Aufmerksamkeit auf den Kopf gelenkt haben würden.

Nun fragt es sich, auf welchem Wege sich der Krankheitsprocess vom Ohre zur Schädelhöhle verbreitete und wer die Träger der Krankheit waren? Wege, durch welche catarrhalische oder eiternde Processe sich auf das Gehirn bei gesunden Schädelknochen übertragen können, giebt es viele, so im Mittel- wie im inneren Ohre. Ich will sie hier fast alle erwähnen, und zwar die Falte der Dura mater in der Sutura squa-

Digitized by Google

moso-petrosa am Dache der Trommelhöhle; das Bindegewebe, welches längs der Gefässe, die den Knochen durchbohren, verläuft; die Gefässe selbst, da sie die Paukenhöhle, wie auch den Warzenfortsatz mit der Schädelhöhle vereinigen; der Canalis petroso-mastoideus (Voltolini); das runde und ovale Fenster nach Zerstörung ihrer bindegewebigen Häutchen; das Neurilem der Gesichtsnerven im Fallopi'schen Canale; die Venen des Aquaeductus cochleae und des Vorhofs, der Gesichts- und Hörnerv etc. Da auf dem Wege der Gefässe und ihres Bindegewebes Krankheitsprocesse sich am leichtesten und am schnellsten verbreiten können, bin ich geneigt, anzunehmen, dass diese letzten Wege in unserem Falle wahrscheinlich zum Uebertragen der Krankheit dienten. Ob sich die Krankheit nicht auch vermittelst anderer Wege verbreitete, lässt sich mit Bestimmtheit nicht entscheiden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass der Factor und die Anregung zur Verbreitung der Krankheit in den Bacterien zu suchen sei, die, wie ich glaube, vom Munde und der Nase — wohin sie aus der Luft hineinwanderten — in die Ohren übergingen und von da durch einen von den beschriebenen Wegen in die Schädelhöhle gelangten.

Die Entwickelung der einzelnen Symptome analysirend, muss angenommen werden, dass die ersten Erscheinungen einer intracraniellen Störung schon dann zum Vorschein kamen, als der Kranke zum ersten Male nach dem Bade Frostanfall, Erbrechen, Kopfschmerz und Kopfschwindel bekam. Obgleich wir denselben Erscheinungen sehr oft bei Otitiden verschiedener Art begegnen, die mit Genesung endigen — auch werden sie bei gewissen Leiden des Labyrinthes beobachtet — wird doch im ersten Falle kein so tiefer, rascher und anhaltender Verfall bemerkt, während bei den Labyrinthleiden sich derartige Störungen des Gehörs einstellen, dass sie durch die Luftdouche nicht beseitigt werden; im Gegentheil, die Hörschärfe wird nach der letzteren noch mehr herabgesetzt werden; ferner wissen wir, dass bei den Krankheiten des Hörnerven, so in seinem centralen wie im peripheren Theile, die Kopfknochenleitung fast immer stark vermindert oder ganz aufgehoben wird, was bei unserem Kranken nicht der Fall war. — Die Natur des primitiven Gehirnleidens lässt sich mit Sicherheit nicht bestimmen; wenn wir jedoch das Fehlen von starkem Kopfschmerz und die relative rasche Besserung des Kranken berücksichtigen, so möchte ich zu der Ansicht hinneigen, dass in der Anfangsperiode die Krankheit ihren Sitz hauptsächlich in der Hirnsubstanz hatte. — Wie es so oft vorkommt, ist die primäre Entzündung nach kurzer Dauer in den Hintergrund getreten, — was die Besserung des allgemeinen Zustandes vermuthen liess — und es blieben nur ihre Folgen, vielleicht sogar ein Abscess. Die letzteren haben nach einer kurzen Zeit, nach Einwirkung einer unbedeutenden Ursache — die in unserem Falle im langen Wachen zu suchen sei — von Neuem exacerbirt und es entstand eine gewaltige und diffuse Entzündung der Hirnsubstanz und der Meningen (Encephalo-Meningitis), welche sich in den letzten Stunden durch Phlebitis und Thrombus des Sinus transversus complicirte. — Die letztere Complication behauptete ich als wahrscheinlich, auf Grund des Schüttelfrostes, sehr erhöhter Körperwärme und raschen Herabsinkens derselben zur normalen.

Digitized by Google

Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen?

Zugleich eine Antwort auf verschiedene Bemängelungen meiner Classification der gutartigen Nasenpolypen.

Von

Dr. **C. M. Hopmann.**

(Schluss aus No. 8.)

Der meinerseits z. Z. (l. c. pag 234, No. 15) beschriebene Fall ist für mich ein Unicum geblieben. Ihm stehen 408 Patienten mit eigentlichen Nasenpolypen von unzweifelhafter Benignität gegenüber. Die Prädilectionsstelle für die harten Warzen der Nase ist der Introitus derselben; die Stelle also, wo die Epidermis die innere Auskleidung der Nase noch überzieht und die mit Pflasterepithel versehene „Uebergangshaut" im Vestibulum narium allmählig in die mit Cylinderepithel versehene Nasenschleimhaut übergeht. Der vordere, untere Theil des Septums, der vordere Abschnitt der Apertura pyriformis, die Flügelknorpel und der vordere Theil des Bodens der Nasenhöhle entwickeln fast ausschliesslich das Papilloma durum. Indessen kommt dasselbe auch hier gegenüber den Nasenpolypen noch immer sehr selten und dann meist in einer Form vor, die zu Verwechselungen mit Nasenpolypen gar keine Veranlassung giebt. Ausser den (Virchow's Archiv l. c., pag. 248) beschriebenen Fällen von multipler Warzenbildung habe ich noch mehrere ähnliche, besonders bei Ozaena und Lupus des Naseneingangs, spec. des Septums beobachtet. Aber nur in einem einzigen Falle, auf den ich bei anderer Gelegenheit ausführlicher zurückzukommen gedenke, konnte die den rechten Naseneingang ausfüllende, aus beweglichen Theilen bestehende Geschwulst zu einer Verwechselung mit eigentlichen Polypen Anlass geben. Unter die „Nasenpolypen" pflege ich deshalb diese (im Uebrigen gutartigen) Epitheliome des Introitus narium nicht zu rechnen. Wenn von Papillomen der Nase schlechthin die Rede ist, so verstehe ich darunter ausschliesslich das im Gebiete des Cylinderepithels von der Nasenschleimhaut selbst ausgehende weiche Papillom, welches seinem Bau nach übereinstimmt mit der Verruca carnosa der Haut, wenn man von der der weichen Hautwarze fehlenden cavernösen Beschaffenheit der nasalen Papillome absieht, welche wenigstens in der Basis derselben sehr ausgesprochen erscheint. So kann man ebenfalls unter Papillomen des Larynx schlechthin ausschliesslich die im Bereiche des Pflasterepithels (an den Stimmbändern) entstehenden blumenkohlartigen oder warzenähnlichen Neubildungen epithelialer Art verstehen, während die seltenen, im Gebiete des laryngealen Cylinderepithels, z. B. an den Taschenbändern, vorkommenden papillären Geschwülste als weiche Papillome ausdrücklich zu bezeichnen wären, besser aber noch papilläre Adenome (das sind sie meist an den Taschenbändern) genannt werden. Es überwiegt also im Larynx das harte und in der Nase das weiche Papillom, und nur letzteres kann, von seltenen Ausnahmen abgesehen, bei den Nasenpolypen (wenn man diesen Ausdruck für gutartige Auswüchse der Nasenschleimhaut gebraucht) überhaupt in Frage kommen.

Wenn weiche Warzen für den Larynx und harte für die Nase relativ

Digitized by Google

seltene Geschwülste sind, so kann man wohl sagen, das Papillom des Larynx κατ ἐξοχην (und auch das des Pharynx) ist ein gutartiges Plattenepitheliom, eine harte Warze, das der Nase dagegen eine polypoide, papilläre Auswucherung der Muschelschleimhaut, eine weiche Warze. — Was für das Kehlkopfpapillom die Stimmbänder, das sind für das Nasenpapillom die unteren Muscheln. Letztere als Praedilectionsstellen des Nasenpapilloms kann ich nicht nachdrücklich genug hervorheben. Die Annahme, dass eine besondere ursächliche Beziehung zwischen unterer Nasenmuschel und Papillombildung bestehe, hat auf Grund meiner Erfahrungen etwas Zwingendes, sei es nun, dass die Structur der Schleimhaut oder die Lage der Muschel oder beides eine gewisse Praedisposition schafft. Es ist mir ausserordentlich aufgefallen, dass bei der stattlichen Zahl von Fällen, bei denen ich nasale Papillome gefunden und operirt habe, immer bisher die untere Muschel und niemals die mittlere, welche doch anscheinend denselben cavernösen Schleimhautüberzug wie jene trägt, von der Warzenbildung befallen war. An der mittleren Muschel findet man wohl diffuse oder polypoide Hyperplasien, deren Oberfläche stellenweise eine nicht in die Tiefe gehende und schwach entwickelte papilläre Umwandlung zeigt, jedoch habe ich bisher keine eigentliche Papillombildung daselbst angetroffen.

Ausser den angeführten Formen gutartiger Nasenpolypen kommen noch Angiome (besser cavernöse Tumoren genannt), Granulationspolypen und Hydatidenblasen vor. Indessen sind diese Formen relativ selten und können hier nur flüchtig gestreift werden, um Raum zu erübrigen für eine kurzgedrängte Aufzählung der diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Besonderheiten der Nasenpolypen, je nachdem sie Schleim-, Fleisch- oder Himbeerpolypen sind. Wenn ich Derartiges anführe, so darf man nicht vergessen, dass der Unterschied nicht in jedem einzelnen Falle deutlich hervortritt, weil die räumlichen Verhältnisse des Naseninnern so ungemein variiren und demnach auch symptomatisch etc. erhebliche Unterschiede zwischen sonst gleichen Fällen obwalten; ferner darf man nicht vergessen, dass, wie ich nachgewiesen, nicht ganz selten mehrere der genannten Polypenarten gleichzeitig nebeneinander vorkommen (vgl. Monatsschr. f. Ohrenh. 1885 No. 8: „Zur relativen Frequenz der verschiedenen Arten von Nasenschleimhautpolypen"), was wieder eine grosse Verschiebung der Symptome etc. mit sich bringt. Ceteris paribus kann man jedoch Folgendes bemerken. Der Schleimpolyp, welcher aus dem oberen Abschnitte der Nase, vom Nasendache, den Nebenhöhlenostien, der Ethmoidalspalte etc. entspringt und zwar sehr oft als eine zahlreiche Gesellschaft von Einzelpolypen, beeinträchtigt am frühesten die Geruchswahrnehmung, am spätesten die Athmung. Er macht überhaupt vielfach erst dann Erscheinungen, wenn er nach Grösse und Zahl schon eine recht nennenswerthe Entwickelung erreicht hat; wässeriger Schnupfen begleitet ihn viel häufiger, als Blennorrhoe. Die Belästigungen, welche er verursacht, sind im Allgemeinen einem stärkeren Wechsel unterworfen, als die von anderen Polypen herrührenden, weil sein grosser Serumgehalt erhebliche Schwankungen erleidet, je nach der Witterung und dem allgemeinen Befinden des Kranken. Solche Schwankungen im Volumen der Polypen sind bei den anderen Formen

Digitized by Google

zwar auch vorhanden, aber unerheblicher, als beim oedematösen, weichen Fibrom. Der versteckte, oft überhaupt unzugängliche Sitz kleiner Schleimpolypchen oder der Insertion grösserer, dazu ihre oft erstaunlich grosse Zahl erschweren zuweilen ganz ausnehmend die gründliche und dauernde Beseitigung dieser Polypen. Deshalb kommen leicht „Recidive" bei Schleimpolypen vor, was gewöhnlich nichts anderes bedeutet, als dass Reste von Polypen, deren Körper eingerissen oder nicht an der Basis abgetragen waren, wieder ausgewachsen sind. Auch kommt es vor, dass nachträglich kleine Polypchen zu wachsen anfangen, nachdem andere Polypen entfernt worden sind, welche jene bis dahin in den Spalten zurückdrängten und am Wachsthum hinderten; endlich kann die Jugend und Kleinheit von Schleimpolypchen verursachen, dass dieselben für lange Zeit in die der Untersuchung zugänglichen Nasenspalten nicht vortreten. Die Prognose quoad restitutionem completam muss darum bei Schleimpolypen (auch wenn dieselben nach bewährten Methoden und nicht mit der Zange operirt wurden, welches eine sachgemässe Operation in den allermeisten Fällen geradezu ausschliesst) immer sehr vorsichtig und erst dann vollkommen günstig gestellt werden, wenn etwa ein halbes Jahr nach der letzten Operation durchaus kein neuer Nachschub erfolgt ist. Aus diesen Gründen ist auch bei multipeln Schleimpolypen die Behandlung eine zeitraubende, langwierige und oft recht mühsame. — Die Drüsen- und Himbeerpolypen sind vorwiegend mit blennorrhoischen Catarrhen der Schleimhaut vergesellschaftet, während seröse, oder serösschleimige Catarrhe ohne Eiterbildung bei ihnen viel seltener sind. Da nun eitrige Schleimhautentzündungen Neigung zur Ausbreitung haben, so finden wir oft bei diesen Polypen den Nasenrachenraum, die Tuben (und das Mittelohr), den Rachen, den Kehlkopf, die Luftröhre, den Thränennasencanal und die Conjunctiven in Mitleidenschaft gezogen und schon in verhältnissmässig frühen Stadien ihrer Entwickelung, besonders bei Papillomen, Behinderung der nasalen Athmung und der Aussprache (Ausfall der Nasallaute). Halsverschleimung, Austrocknen des Nasenrachenraumes, Borkenbildung, gelegentliche Tubencatarrhe und Mittelohrentzündung; nächtliches Schnarchen, Anfälle von Husten und Beklemmung (asthmatische Zustände), Augenschwäche, Lichtscheu und Thränenträufeln, Conjunctivalreizung, Räusper-, Würg- oder Brechreiz, besonders am Morgen, Heiserkeit etc. sind oft zu beobachten, während die Geruchsfunctionen oft für immer, oder wenigstens noch am längsten bestehen bleiben. Ein gewisses Uebergewicht sog. nasaler Reflexneurosen bei polypoiden Hyperplasien und Papillomen im Verhältniss zu den Schleimpolypen darf ich nicht übergehen. Bei diesen Polypen ist die Operationsmethode, d. h. die Benutzung der Schlinge und die Vermeidung von Zangenoperationen, noch viel wichtiger als bei den Schleimpolypen, und es ist meines Erachtens auch ausnahmsweise, was bei einem gestielten Schleimpolypen wohl möglich ist, nicht zu erreichen, mit einer Polypenzange eine nur halbwegs ausreichende Entfernung eines Drüsenpolypen oder gar eines Papilloms vorzunehmen. Gewiss wird auch für ausreichende Schlingenoperationen eine genaue Kenntniss des Sitzes und Vorkommens genannter Polypen verlangt; indessen ist es dem erfahrenen Operateur hier viel eher möglich, als bei den Schleimpolypen, das Operations-

Digitized by Google

terrain vollständig zu beherrschen, und deshalb eine gründliche Beseitigung dieser Polypen vornehmen zu können. Aus diesem Grunde ist im Ganzen hier die Behandlungsdauer kürzer und die Prognose günstiger als bei den Schleimpolypen.

Ueber croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut.

Von

Dr. **W. Moldenhauer,**

Docent an der Universität Leipzig.

Vor Kurzem hat Arthur Hartmann*) 6 Fälle von Croup der Nasenschleimhaut bekannt gegeben und dadurch mich veranlasst, schon jetzt mit meinen wenigen Beobachtungen über diese Affection vor die Oeffentlichkeit zu treten.

Es ist allerdings in hohem Grade auffallend, dass diese Erkrankung, welche bei einigermassen aufmerksamer Untersuchung als Krankheit sui generis erkannt werden muss, bisher den forschenden Blicken der zahlreichen Specialcollegen entgangen ist. Wenngleich zwar die Symptome des Nasencroup sich grossentheils mit denen der acuten Coryza decken, so treten doch die Erscheinungen viel intensiver und stürmischer auf, und dieser Umstand war auch der Grund, weshalb die Patienten zur Beobachtung gelangten. Die Nasenobstruction mit ihren bekannten Folgen ist viel deutlicher entwickelt und längere Zeit hindurch dauernd, als wir bei der gewöhnlichen Coryza gewöhnt sind. Dabei zeigt die Absonderung viel häufiger eine blutige Beimengung und die Neigung, einen foetiden Geruch anzunehmen.

Ich selbst habe im Laufe des letzten Jahres drei Fälle von Croup der Nasenschleimhaut behandelt, ein vierter Fall wurde mir vom Collegen Dörffel-Leipzig, dem ich zwei meiner Kranken demonstrirte, mitgetheilt. Gerade wie bei Hartmann betraf die Affection jugendliche Patienten im Alter von 5 bis 9 Jahren, und obgleich das von Hartmann entworfene Krankheitsbild durchaus zutreffend ist, so erlaube ich mir doch, in Folgendem dasselbe nicht allein zu bestätigen, sondern auch in einigen Punkten noch zu ergänzen.

Was den Beginn der Krankheit betrifft, so lassen sich die Symptome von denen eines gewöhnlichen acuten Schnupfens nicht trennen, so dass wohl erst die auffallend lange dauernde complete Verstopfung einer oder beider Nasenhöhlen Veranlassung giebt, die kleinen Patienten dem Arzt zuzuführen.

Ob der Grund der Erkrankung in allgemeinen Erkältungsursachen, directen mechanischen Reizen, oder in specifischen Krankheitserregern zu suchen, ist weder durch die Hartmann'schen noch durch meine Beobachtungen festzustellen. Mein Hauptaugenmerk war zunächst auf einen etwaigen ursächlichen Zusammenhang mit Diphtherie gerichtet, zumal diese

---

*) Hartmann: Ueber Croup der Nasenschleimhaut. Rhinitis fibrinosa. Deutsche medic. Wochenschr. 1887, No. 29.

Digitized by Google

Erkrankung in Leipzig gerade in den letzten Jahren eine grössere endemische Verbreitung zeigt, doch liessen meine Beobachtungen nach genauester wiederholter rhinoscopischer Untersuchung des Nasen-Rachenraumes nicht den Schluss zu, dass es sich um die Fortpflanzung eines croupösen Processes von dem Rachen auf den Nasen-Rachenraum und die Nasenhöhlen, also um einen aufsteigenden Croup handelte. Auch sprach das clinische Bild durchaus gegen einen solchen Zusammenhang. Wir wissen, dass die Nasendiphtherie sich meist nur den schweren Fällen von Rachendiphtherie zugesellt, so dass Oertel geradezu Fälle mit dieser Complication für hoffnungslos erklärt.

In drei von meinen Beobachtungen war überhaupt jede anderweitige allgemeine oder locale Störung, speciell auch die geringste Halsaffection auszuschliessen. Nur bei einem 9jähr. Mädchen fand ich bei der ersten Untersuchung beschränkte Plaques auf den Tonsillen, und sollen, nach Aussage der Mutter, die Halssymptome der Nasenaffection mehrere Tage vorangegangen sein. Doch war auch hier Fieberlosigkeit vorhanden und der Nasen-Rachenraum völlig frei. Dagegen hatten sich die offenbar durch den scharfen ätzenden Ausfluss entstandenen Rhagaden des Naseneinganges mit einem weissen Belag überzogen. Die verdächtige Rachenaffection war für mich Veranlassung, das Kind durch sofortigen Transport in ein Krankenhaus von der Familie zu trennen. Daselbst ist die Affection sehr bald zur Heilung gelangt, und wurde mir das Kind 8 Tage später völlig genesen wieder vorgestellt. Auch sind in der kindergesegneten Familie keine weiteren Erkrankungen vorgekommen.

Hartmann spricht sich nicht darüber aus, ob in seinen Fällen jedesmal beide Nasenhöhlen ergriffen waren. Bei mir trifft dieses Verhältniss nur bei meiner ersten Beobachtung zu, während bei den drei anderen Kranken nur die eine Nasenhöhle die croupöse Entzündung zeigte und die andere Seite während des ganzen Verlaufes von Membranbildung verschont blieb.

Da sich die äusseren Symptome des Nasencroup nahezu mit denen der acuten Coryza decken und sich derselbe nur durch die hochgradige Entwickelung aller Erscheinungen auszeichnet, so kann die Diagnose allein durch die Ocularinspection gesichert werden. Nach Einführung des Dilatators sieht man sehr deutlich, dass die Stenose durch membranöse Gebilde, welche der stark geschwollenen Schleimhaut anhaften, hervorgerufen wird. Je nach dem Alter lassen sich dieselben mehr oder weniger schwer mit der Sonde von der Unterlage abheben und in kleineren oder grösseren, zuweilen röhrenförmigen Stücken extrahiren. Die befallene Schleimhaut ist hochroth geschwollen, leicht blutend, zeigt jedoch keine tieferen Substanzverluste. Die gewaltsame Lösung der Membran hindert nicht, dass sich am nächsten Tage ein neuer Croupbelag gebildet hat, doch scheint es, als ob der ganze Process bei conservativer Behandlung in 8, höchstens 12 Tagen spontan seinen Abschluss findet.

Wenngleich sich auch wegen der Hochgradigkeit der Schwellung nicht fest bestimmen liess, ob die Schleimhaut der ganzen Nasenhöhle oder nur gewisse Abschnitte bevorzugt waren, so lässt sich doch so viel sagen, dass in allen Fällen die Pars respiratoria in ihren vorderen Abschnitten betheiligt war. Wo sich eine rhinoscopische Untersuchung des Nasenrachenraumes gut ausführen liess, wurden die Choanen frei be-

Digitized by Google

funden und kein Umstand sprach dafür, dass auch die Regio olfactoria mitergriffen war.

Die macroscopische Beschaffenheit der Membranen war eine auffallende und von den bekannten Croupmembranen im Pharynx, Larynx und Trachea verschieden. Im frischen Zustande bildet dieselbe eine mächtige, mehrere Millimeter dicke, sulzige Schwarte von gallertigem Aussehen, von einiger Aehnlichkeit mit derberen, plattgedrückten Schleimpolypen.

Ueber den microscopischen Befund schrieb mir der verstorbene Professor Carl Huber:

„Das Ergebniss der microscopischen Untersuchung der durch Collegen Dörffel überbrachten Membran war folgendes: Es handelte sich um ein Gewebe, bestehend auf der einen Seite aus feinfaserigem und membranösem Fibrin, auf der anderen aus farblosen Elementen, die regellos in ersteres eingestreut waren. Nichts Organisirtes, keine Blutgefässe. Microorganismen gewöhnlicher Art waren überall vorhanden. Das Ganze unterscheidet sich in nichts von den Membranen, wie sie bei typischer Diphtherie regelmässig vorkommen. Einen derartigen Fall habe ich schon einmal in diesem Jahre untersucht."

Letztere Bemerkung bezieht sich auf einen meiner früheren Fälle, in dem die Membran Herrn Huber von meinem Assistenten überbracht worden war.

Bevor nicht weitere Beobachtungen über die fragliche Nasenaffection existiren, ist jedes Urtheil über den Character derselben, speciell deren Beziehung zur wahren Diphtherie verfrüht.

Bemerkt sei jedoch, dass dem Croup macroscopisch ganz ähnliche Membranen, wenn auch nicht von der Mächtigkeit, durch starke mechanische Reize, welche die Nasenschleimhaut treffen, hervorgerufen werden können. Man beobachtet nämlich nicht selten, dass nach galvanocaustischen Aetzungen mit dem Flachbrenner die Wundfläche an einem der nächsten Tage mit einer dicken, sulzigen Schwarte bedeckt ist, die sich mit der Sonde nur schwer abheben lässt. Ich habe dieselbe Anfangs für abgestorbenes Schleimhautgewebe gehalten, bei näherer Betrachtung jedoch gefunden, dass es sich um eine ganz frische Auflagerung handelte.

Was die Behandlung betrifft, so kann ich dem Vorschlage Hartmann's, die Membran mechanisch zu entfernen und auf die blossgelegten Flächen Jodoformpulver zu streuen, nicht beistimmen. Denn einmal ist die mechanische Entfernung meist nicht möglich ohne Verwundung der Schleimhaut, wodurch neue Infectionspforten eröffnet werden, und zweitens nutzt sie nichts, da, wie Hartmann ja auch beobachtet hat, die Neigung zur Neubildung der Membranen besteht. Ausserdem würde ich Anstand nehmen, auf die ausgedehnten, wunden, zur Resorption sehr geeigneten Schleimhautflächen soviel Jodoform zu bringen, dass eine völlige Bedeckung erzielt wird, und ohne diese ist ein Schutz nicht zu erreichen. Ich würde lieber vorschlagen, auf die Membranen zu öfteren Malen einen warmen Spray einer desinficirenden Flüssigkeit wirken zu lassen, ähnlich wie es Oertel bei der Rachendiphtherie empfiehlt.

Digitized by Google

Tuberculose der Tonsillen[1]).

Von

Dr. **W. Lublinski** (Berlin).

Wenn ich mir gestatte, über Tuberculose der Tonsillen zu berichten, so geschieht dies, weil eine derartige Erkrankung dieser Organe zu den seltensten Vorkommnissen der laryngologischen Praxis gehört. Dass dem so sei, kann man daraus entnehmen, dass Virchow in seiner Geschwulstlehre (II., S. 674) sagt: „Worin es begründet liegt, dass Tuberculose der Tonsillen und der Zungenbalgdrüsen nicht beobachtet worden ist, vermag ich nicht zu sagen; möglicherweise ist es nur ein Mangel an Untersuchung. Indessen, wenn sie auch gefunden werden sollte, so müsste sie doch so selten sein, dass eine Art von Immunität für diese Organe beansprucht werden kann.“ Wenn sich auch dieser Satz heutzutage nicht mehr vollkommen aufrecht erhalten lässt, da die Tuberculose der Tonsillen als Theilerscheinung der Tuberculose des Rachens und des weichen Gaumens vielfach beobachtet worden ist, so bleibt er doch im Wesentlichen richtig. Isolirte Tuberculose der Tonsillen, ohne Betheiligung der Umgebung, ist klinisch äusserst selten zu beobachten, dagegen hat Strassmann[2]) bei Leichen, die tuberculöse Veränderungen aufwiesen, Tuberkel in den Tonsillen durchaus nicht selten gefunden. Allerdings war macroscopisch den Tonsillen gar nichts anzusehen. Es fanden sich kleine und kleinste Miliartuberkel von wechselnder Häufigkeit sowohl in atrophischen wie hyperplastischen Mandeln, die äusserlich keine Destruction aufwiesen, bei sorgsamer Untersuchung an den Schnittpräparaten vielfach vor. Ebenso erwähnt Ziegler in seinem Lehrbuch der pathologischen Anatomie und Cornil und Ranvier in ihrem Manuel d'Histologie pathologique, letztere bei der acuten Miliartuberculose, das Vorkommen von Tuberkeln in den Tonsillen.

Bei den beiden Patienten, die ich beobachtet habe, konnte man die durch die Tuberculose der Gaumenmandeln hervorgerufenen Veränderungen deutlich sehen, da es zu weitgehender Ulceration der Oberfläche derselben gekommen war, ohne dass die benachbarten Theile zuvörderst die geringste Veränderung darboten.

In dem ersten Falle handelte es sich um einen 24jährigen Kellner, Otto K., der mich seiner starken Halsschmerzen halber consultirte. Der sehr elend aussehende junge Mann behauptete, seit einem halben Jahre zu husten und auszuwerfen und seit etwa 6 Wochen an heftigen Schluckbeschwerden namentlich auf der rechten Seite des Halses zu leiden. Die Untersuchung der Lungen ergab die Zeichen einer schon weit vorgeschrittenen Tuberculose; im Sputum waren zahlreiche Bacillen. Die laryngoscopische Untersuchung ergab bedeutende ödematöse Schwellung der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten; die Stimmbänder waren infiltrirt, schmutzig grün-roth und an ihrem freien Rande leicht ulcerirt; auch die Plica interarytaenoidea war geschwürig zerfallen. Ausserdem ergab die Untersuchung der rechten Seite des Halses, über die der Kranke

[1]) Vorgetragen in der Subsection für Laryngologie und Rhinologie auf der Jahresversammlung der British Medical Association zu Dublin im August d. J.

[2]) Virchow's Archiv, Bd. 96, S 319.

Digitized by Google

besonders klagte, dass die atrophische rechte Tonsille, besonders an ihrem unteren Ende, mit mehreren stecknadelkopf- bis linsengrossen Geschwüren bedeckt war, deren Oberfläche mit graulich-gelben Bröckeln belegt war. Die Ränder der Geschwüre erschienen scharf geschnitten, etwas erhaben, ein wenig stärker als ihre Umgebung geröthet. Die Contouren der Geschwüre besassen keine characteristische Form, einzelne waren rund, während andere eine ovale Gestalt hatten. Ich entfernte mit dem scharfen Löffel einzelne Partikelchen aus dem Grunde des Geschwürs und konnte in demselben reichlich Bacillen nachweisen. Auf der linken, gleichfalls atrophischen Tonsille fanden sich diese Geschwürchen nur sehr vereinzelt. Patient hat übrigens niemals Lues gehabt, und es war auch keine Spur derselben bei ihm aufzufinden. Wir hatten es also mit einer wahren Tuberculose der Mandeln zu thun. Leider gelang es nicht, ein Stück der atrophischen Tonsillen zu exstirpiren, um die microscopische Untersuchung des Gewebes auszuführen; ich musste mich daher mit dem ausgekratzten Geschwürssecret begnügen, das, wie schon gesagt, die Tuberkelbacillen in grosser Anzahl enthielt.

Ich behandelte den Kehlkopf und die Tonsillargeschwüre mit Einblasungen von Jodol, ohne jedoch zuvörderst einen besonderen Effect erzielen zu können. Allerdings wurden die Schmerzen nach der Einpulverung etwas geringer und auch die ödematöse Anschwellung des Kehlkopfs nahm ab; aber da die Tonsillargeschwüre inzwischen in Folge neuer Eruptionen von Tuberkeln und deren Zerfall grösser geworden waren, so zerstörte ich dieselben versuchsweise mit dem Galvanocauter, worauf gesunde Granulationen aufschossen und die Geschwüre vorläufig heilten. Leider aber wird der Erfolg nur ein vorübergehender sein, da das Lungen- und das Kehlkopfleiden rapide fortschreiten.

Der zweite Fall betraf den 33jährigen Arbeiter Burde, der seit angeblich 3/4 Jahren an Kurzathmigkeit und Husten litt; auch zeigten sich in dem dicken grünlichen Auswurf zeitweise Blutbeimengungen. Pat., der körperlich sehr herabgekommen war, klagte ausser über die eben genannten Erscheinungen seit 1/4 Jahre über heftige Schmerzen in beiden Seiten des Halses. Die Untersuchung der Brust des hereditär belasteten Mannes ergab eine deutliche Erkrankung der linken Lungenspitze, im Sputum waren zahlreiche Bacillen. Der Pharynx war blass, die Gaumenbögen an ihren freien Rändern geröthet. Die Tonsillen waren vergrössert; ihre Oberfläche war kaum geröthet. Die rechte Tonsille war in ihrer ganzen Ausdehnung von stecknadelkopf- bis linsengrossen gelblichen Infiltraten, die durch anscheinend gesundes Gewebe von einander getrennt waren, bedeckt. Diese Infiltrate überragten die Schleimhaut ein wenig und waren mit einem schmalen rothen Hofe umgeben. Einzelne derselben waren an ihrer Oberfläche zerfallen und zeigten einen speckigen Geschwürsgrund. Auf der linken Tonsille bemerkte man nur in dem unteren Abschnitt dieselben Veränderungen. Ich exstirpirte von der rechten Tonsille ein kleines Stück behufs microscopischer Untersuchung. Dasselbe erwies sich als im höchsten Grade tuberculös infiltrirt; das Gewebe war von Rundzellen durchsetzt, die wiederum auffallend viele und sehr grosse vielkernige Riesenzellen einschlossen. Hin und wieder bemerkte man opake verkäste Stellen. Die Bacillen wurden ebenso reichlich wie in dem ausgeschabten Geschwürssecret, so auch in dem tuber-

Digitized by Google

culösen Gewebe selbst gefunden; die Riesenzellen waren nicht gerade bevorzugter Sitz derselben. Der Kehlkopf war mit Ausnahme der infiltrirten Epiglottis wenig verändert. Ordination: Pinselung mit Cocainlösung und Jodolinsufflation.

Als ich den Patienten, der von ausserhalb war, circa 6 Wochen später sah, hatte sich das Bild ganz gewaltig verändert; der Process war inzwischen weitergegangen, die Infiltrate der Tonsillen waren zerfallen. Ausserdem bemerkte man eine starke oedematöse Schwellung der Uvula und in der Mitte derselben ein stecknadelkopfgrosses, gelbliches, tuberculöses Infiltrat; ein gleiches, linsengrosses, befand sich an der Uebergangsstelle der Uvula in den linken, vorderen Gaumenbogen. Auf der rechten Tonsille waren die Infiltrate zusammengeflossen und zerfallen, so dass man auf derselben mehrere linsen- bis erbsengrosse Geschwüre mit theils speckigem, theils käsigem Grunde unterscheiden konnte. Der entsprechende Gaumenbogen war an seinem freien Rande verdickt und abgerundet. Ich möchte auf diesen Umstand besonders aufmerksam machen, da ich wiederholt gesehen habe, wie bei der Pharynxtuberculose die freien, scharfen Ränder der Gaumenbögen sich immer mehr verdicken und endlich eine vollkommene Abrundung erfahren. Auf der linken Tonsille war das Infiltrat gleichfalls in ein mit käsigen Bröckeln bedecktes Geschwür umgewandelt. Die Epiglottis, oedematös geschwollen und den Kehlkopfseingang überlagernd, zeigte auf ihrer Zungenfläche 6 stecknadelkopfgrosse gelbliche Infiltrate; die Aryknorpel waren gleichfalls verdickt und geröthet; über das Kehlkopfinnere des heiser gewordenen Kranken liess sich nichts Bestimmtes aussagen, da ein Einblick in dasselbe nicht möglich war. Da die Schluckbeschwerden des Patienten unerträglich geworden waren, so wurde derselbe in das Krankenhaus „Friedrichshain" gewiesen, wo er an rasch zunehmender Pharynxtuberculose gestorben ist.

Es waren also diese beiden Kranken zunächst an Tuberculose der Tonsillen erkrankt und später ist bei dem zweiten der Process auf den Pharynx übergegangen. Primär war die Krankheit in keinem dieser beiden Fälle. Lungen- und auch Kehlkopferkrankung war beide Mal vorhergegangen. Dieses entspricht auch den von Strassmann[3]) gemachten anatomischen Wahrnehmungen; in allen von ihm untersuchten Fällen waren die Lungen unzweifelhaft früher erkrankt. Baumgarten[4]) ist allerdings der Meinung, dass auch die Tonsillen als Resorptionsorgane für die Tuberkelbacillen thätig sein können; wenigstens fand er bei seinen Fütterungsversuchen mit bacillenhaltiger Milch in einigen Fällen tuberculöse bacillenhaltige Tonsillargeschwüre der Versuchsthiere. Wenn auch diese Möglichkeit der Infection nicht zu läugnen ist, so bleibt doch nach den am Menschen gewonnenen Beobachtungen, als die Ursache der Tonsillartuberculose, die Infection durch phthisische Sputa, als die wahrscheinlichste, bestehen. Die zweite Frage, warum bei der so grossen Häufigkeit der Lungentuberculose die nach Strassmann durchaus nicht so seltene isolirte Tonsillartuberculose — er fand dieselbe anatomisch unter 21 Fällen 13 Mal — so selten manifeste Er-

[3]) l. c.
[4]) Centralblatt für klinische Medicin, No. 2, 1884.

Digitized by Google

scheinungen hervorruft, ist weit schwieriger zu beantworten. Wir wissen, dass eine reichliche Entwickelung von Bindegewebe einen tuberculösen Heerd abzukapseln im Stande ist; wir wissen, dass krankhaft veränderte Tonsillen, sowohl die atrophischen, als die hypertrophischen, eine reichliche Bindegewebsentwickelung aufweisen; möglicherweise wird durch diese für gewöhnlich der Zerfall der Neubildung verhindert oder zum mindesten aufgeschoben. Wenigstens ist es bekannt, dass die tuberculösen Kehlkopftumoren, die gleichfalls reichliches fibröses Gewebe enthalten, nur selten an ihrer Oberfläche geschwürig zerfallen.

Die Diagnose der Tonsillartuberculose ist eine nicht schwierige, da wir durch Auskratzen des Geschwürsgrundes oder durch Exstirpation eines Partikels der erkrankten Tonsille uns von der Gegenwart der Tuberkelbacillen resp. der Tuberkel selbst überzeugen können. Höchstwahrscheinlich sind manche Fälle dieser Erkrankung bisher als syphilitische behandelt worden, da das Aussehen der beiden Geschwürsformen ein auffallend ähnliches ist.

Die Therapie muss versuchen, die Beschwerden der Patienten zu mildern und den Geschwürsgrund zu reinigen resp. zur Heilung zu bringen. Cocainlösungen empfehlen sich zum ersten Zweck; schwieriger ist es jedoch, die zweite Indication zu erfüllen; jedoch glaube ich, dass Jodol ebenso wie bei der Kehlkopftuberculose[5]), so auch für die Tonsillarerkrankung von Nutzen ist. Vielleicht könnte man, wie auch in meinem ersten Falle, den Versuch machen, den erkrankten Herd mit dem Galvanocauter zu zerstören, um auf diese Weise denselben unschädlich zu machen; wenigstens waren bei demselben noch 6 Wochen später die Geschwüre verheilt, was sicherlich als ein Erfolg zu bezeichnen ist.

Jodol als Ersatzmittel für Jodoform.

Von

Dr. **Woltering,** Münster in Westfalen.

Von Lublinsky (Deutsche med. Wochenschrift No. 51, 1886) und Seiffert (Münchener med. Wochenschr. No. 4, 1887) ist aufmerksam gemacht worden, dass man die Halstuberculose und die Ozaena erfolgreich mit Jodoleinblasungen behandeln könne. Da ich in den letzten Monaten das Mittel auch mehrfach zu meiner und meiner Kranken Zufriedenheit in Anwendung gezogen habe, so seien mir hier folgende Bemerkungen gestattet. Der widerlich durchdringende und andauernde Geruch des Jodoform ist gewiss den meisten Collegen schon lange verhasst und unbequem gewesen. Leider entsprachen aber die bis dahin vorgeschlagenen Ersatzmittel nicht den Erwartungen. Das Jodol scheint aber seiner chemischen Aehnlichkeit entsprechend das Jodoform in den meisten Fällen ersetzen zu können. Es ist bekanntlich ein bräunlichgraues, ziemlich leichtes mittelfeines Pulver. Mit 1/3 bis 1/2 Gramm langt man für eine Einstäubung des Rachens, Nasenrachenraums und beider

---

[5]) Meine Angaben über den Nutzen der Jodolbehandlung bei Kehlkopftuberculose sind seit der kurzen Zeit ihrer Mittheilung schon von Seiffert, Massei und Norris Wolfenden bestätigt worden.

Digitized by Google

Nasenhälften vollkommen aus. Der Reiz, den es auf diese Organe und auch auf den Kehlkopf ausübt, ist garnicht bedeutend, ähnlich wie vom Jodoform, keinen Falls reizte es den Husten oder das Niessen so viel, als die viel feinpulverigere Borsäure. Was die Verträglichkeit angeht, so hat man von Jodol-Vergiftung bis dahin in der Litteratur noch Nichts gelesen. Ich bemerke aber dabei, dass es mir auch mit den Jodoformvergiftungen nicht so ganz ängstlich zu sein scheint. Bozzolo in Turin (Centralblatt für clinische Medicin No. 31, 1883) gab Jodoform bis zu 2 Gramm pro die gegen Diabetes mellitus, wie er sagt, mit Erfolg. Ich selbst, seit ca. 3 Jahren Diabetiker, nahm mehrere Wochen, vorsichtig steigend, Jodoform bis zu 2 Gramm pro die zwar ohne wesentlichen Einfluss auf den Zuckergehalt, wie zwei Mal täglich wiederholte Titrirungen beweisen, jedoch auch ohne wesentliche Vergiftungserscheinungen. Als ich aber 2 Gramm pro die einnahm, entstand eine eigenthümliche Uebelkeit, verbunden mit Speichelfluss, den ich sonst nie hatte, und ich liess wegen seiner geringen Wirkung das Mittel fallen, um zur Cantani'schen Cur zurückkehrend wieder zuckerfrei zu werden. Ich erwähne diese persönliche Erfahrung hier nur deshalb, um den Herren Collegen die Gefahrlosigkeit von Jodoform- und Jodoleinblasungen wahrscheinlich zu machen. In jüngster Zeit hatte ich nun einen ganz beweisenden Fall für die Vorzüglichkeit der Jodoleinblasungen. Eine junge Dame schwächlicher Constitution hat in Folge mehrfacher Anfälle von fliegender Gicht eine deutliche Insufficienz der Mitralis mit compensirender Vergrösserung des rechten Ventrikels. Trigeminusneuralgien in der Familie erblich. Sie selbst seit Jahren stark und oft davon geplagt, leidet an Uteruscoliken (Anteflexion und Endometritis), hysterischen Weinkrämpfen und bedeutenden Blutarmuthserscheinungen. Seit etwa einem Jahre hatte sich ein aussergewöhnlich qualvoller Zustand hinzugesellt. Ausser der gewohnten Trigeminusneuralgie verstopfte sich allmählig immer hartnäckiger und häufiger die Nase, verbunden mit einem sehr schmerzhaften spannenden Druckgefühl in der Gegend der Stirnhöhlen. Die Schleimabsonderung der Nase und des Nasenrachenraums nahm dabei stetig zu. Nur selten und dann mit grosser Anstrengung war der Schleim nach vorne herauszubefördern, dagegen flossen bedeutende Schleimmengen den Rachen hinunter und raubten der gequälten Kranken bei Tage den Appetit, bei Nacht den Schlaf. Der Hausarzt vermuthete Polypen. Ein zur Consultation hinzugezogener Chirurg ging mit einem Instrument in die Nase, wobei sich viel Schleim nach vorn entleerte und der spannende Druck der Stirnhöhlengegend in der Folge geringer wurde. Dann erklärte er, Polypen seien nicht vorhanden, verschrieb Chinin und Arsen und ein Schnupfwasser und sagte schliesslich, er wisse nicht mehr, was er der Kranken verschreiben solle. Als sich nun Patientin bei mir vorstellte, konnte ich bedeutende fibröse polypöse Hyperplasien (Drüsenpolypen Hopmann's) der unteren und mittleren Muscheln beider Nasenhälften constatiren. Der Nasenrachenraum war bis zum Kehldeckel hinab gefüllt mit herabhängenden Schleimmassen, welche mittelst der Cozzolino'schen Nasenpolypenzange nur mit Mühe entfernt werden konnten. Ein Versuch, mittelst Spritze oder Irrigator die Nase zu durchspülen, war fruchtlos, auch konnte Patientin nur mühsam etwas Luft durchblasen. Im Nasenrachenraum und Rachen mehrere geschwellte Follikel. in der Gegend der Bursa

Digitized by Google

pharyngea (Thornwaldt) nichts Abnormes. Ich nahm sofort eine ausgiebige Ausräumung der cocainisirten Nase vor, indem ich mit dem vorzüglichen englischen Stahldraht von Pfau im Ganzen etwa zwei Theelöffel voll von dem polypösen Muschelgewebe entfernte. Wegen der Schwäche der Patientin wollte ich nämlich den Voltolini'schen Glühdraht nicht anwenden, in Anbetracht des bei ausgedehnteren galvanocaustischen Nasenoperationen nicht selten eintretenden Wundfiebers. Die Blutung war nicht ganz unbedeutend, weswegen ich eine vollständige Wegsamkeit rechts zwar erreichte, links aber an der untern Muschel noch nicht und mir für diese Gegend eine spätere kleine galvanocaustische Nachoperation vorbehielt. Die Blutung stand auch bald auf einfache vordere Tamponade mit Bruns'scher Watte. Am andern Morgen hatte die Kranke meine Warnung durch die alte Gewohnheit des gewaltsamen Schnäuzens vergessend sich eine Nachblutung zugezogen, die mich zur vorderen Tamponade mit blutstillender Watte zwang. Zur Nachbehandlung wählte ich Jodoleinblasungen, welche ich täglich vornahm mittelst eines etwas stärker als gewöhnlich abgekrümmten Kehlkopfpulverbläsers vom Nasenrachenraum aus und von vorn in die Nase. Mitunter blies ich auch den Rachen und den Kehlkopf mit Jodol ein. In 9 Tagen wurden 5 Gramm Jodol verbraucht. Die Wunden in der Nase erhielten auch abwechselnd Borsäureeinblasungen. Im Halse reizte dieses Pulver aber sehr zum Husten. Der Erfolg war ein ganz überraschender. Die tägliche Schleimmenge hat sich vermindert etwa auf 1/3 des Gewohnten. Dann haftet der Schleim viel loser auf den Schleimhäuten, ballt sich mehr und kann ohne sonderliche Anstrengung mittelst des Taschentuchs herausbefördert werden und folgt namentlich schnell und leicht wenn man die Nase mit der Douche spült. Das des Nachts die Ruhe störende Würgen und Arbeiten im Halse ist völlig unnöthig geworden. Die schon früher öfter aufgetretenen Trigeminusneuralgien und die anaemisch-hysterischen Erscheinungen stören zwar die Reconvalescenz etwas, aber die locale Besserung ist eine ganz vorzügliche. Ich habe ähnliche Fälle früher mit Borsäure und Jodoform āā nachbehandelt, glaube aber, dass Jodol reichlich so gut wirkt. Wegen seines miserablen, auf keine Weise ganz zu vertuschenden Geruches sollte das Jodoform ganz oder doch fast ganz aus der Privatpraxis verschwinden und seinem geruchlosen Vetter Jodol Platz machen.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Wahrnehmung der Schallrichtung mittelst der Bogengänge. Von W. Preyer in Jena. (Archiv für die ges. Physiologie, XL., 11 u. 12. Heft.)

Die Anschauungen von der physiologischen Bedeutung der halbzirkelförmigen Canäle haben in den letzten beiden Decennien mannigfache Wandlungen erfahren. P. kehrt in obiger Arbeit zu einer alten, schon von Autenrieth und Koerner vertretenen Ansicht, die später von den Physiologen wieder aufgegeben wurde, zurück, nämlich dass die Bogengänge die Schallrichtung zur Wahrnehmung bringen. Er sucht diese Hypothese durch die aus mehreren tausenden, an 17 Normalhörenden

Digitized by Google

angestellten Hörversuchen gezogenen Schlüsse zu stützen, aus welchen zunächt hervorgeht, dass das Ohr im Stande ist, ohne Beihilfe anderer Sinne oder sonstiger Unterstützungsmittel, die Schallrichtung in einer verhältnissmässig grossen Zahl von Fällen ohne Fehler anzugeben. „Wenn man bedenkt, dass die Fische, welche keine Schnecke haben, nicht allein hören, sondern auch, trotz Fehlens einer äusseren Ohröffnung, die Richtung erkennen, aus welcher ein Schall kommt, so erscheint die Vermuthung gerechtfertigt, dass es die Bogengänge seien, welche mittelst Kopfleitung diese Leistung ermöglichen.“ „Die höheren Wirbelthiere, von den Fischen aufwärts, hören sämmtlich ausser durch Luftleitung auch durch Knochenleitung, haben sämmtlich wohlausgebildete Bogengänge in ähnlicher Anordnung und Alle können die Schallrichtung erkennen. Es liegt kein Grund vor, ihren Bogengängen eine andere Function zuzuschreiben, als denen der Fische.“ Den Vorgang, wie diese Empfindung vermittelt wird, stellt P. sich in ähnlicher Weise vor, wie dies schon Goltz und nach ihm Andere für ihre Hypothesen von der physiologischen Bedeutung der Bogengänge als Gleichgewichtsorgane gethan haben, nämlich als Bewegung der Endolymphe, die bei Goltz durch die jeweilige Kopfhaltung, bei P. durch die Schallwellen hervorgerufen, sich gleichmässig durch die ganze Flüssigkeitsmasse bis zu den ampullären Nervenendigungen fortsetzen; je nachdem nun die Schallwellen den einen oder anderen Bogengang resp. seine Ampulle stärker treffen, — und es ist durch die Lagerung der drei senkrecht auf einander stehenden Canäle bedingt, dass jeder Schall, gleichviel welcher Richtung, einen Bogengang treffen muss, — wird das Individuum den Schall jedesmal in eine bestimmte, den wiederholten Erfahrungen entsprechende Richtung verlegen. — Betreffs des Näheren über die Methode der Untersuchung und ihre Resultate muss auf das Original verwiesen werden. Keller.

Verletzungen des Ohres durch Schlag auf dasselbe. (Boxing the Ears.) Von Samuel Sexton in New-York. (Med. Record, 11 Juni 1887.)

Verf. hat 51 einschlägige Fälle selbst zu beobachten Gelegenheit gehabt und bespricht dieselben vom clinischen und gerichtsärztlichen Standpunkte aus. In einem besonders traurigen Falle, bei welchem es sich um die Züchtigung eines 6jährigen Knaben durch seinen Vater handelte, kam es im spätern Verlauf zu Caries des Felsenbeines und Exitus lethalis.

Verf. betont mit Recht, dass auf diese Weise entstandene Trommelfellrisse unter rein exspectativer Behandlung gewöhnlich rasch und oft spurlos verheilen und warnt insbesondere vor Application der Luftdouche, zu welcher der Uebereifer von Anfängern letztere leicht verleitet, woraus aber leicht eine eitrige Mittelohrentzündung mit allen ihren Folgen resultiren kann, welche ohne die vorzeitig angewandte Luftdouche möglicherweise nicht aufgetreten wäre.

(In einem vom Ref. beobachteten Fall verwandelte sich eine Anfangs uncomplicirte traumatische Trommelfellruptur durch den Schnäuzact in eine mit Eiterung complicirte. Ref.) A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Ruptur der Carotis interna in Folge von Necrose des Schläfebeins. Section. Von Sutphen, M. D. in Newark. (Zeitschrift für Ohrenheilk., XVII, 3. und 4. Heft.)

Bei einem 25jährigen Patienten mit langjähriger rechtsseitiger Ohreiterung, wiederholter Abscess- und Fistelbildung hinter und unter dem Ohre, rechtsseitiger Facialislähmung und vorübergehender linksseitiger Hemiplegie, traten schliesslich Blutungen aus dem Ohre auf, welche 10 Tage mit wechselnder Heftigkeit anhielten, bis der Tod unter heftigen Schmerzen im Hinterkopf und allgemeinen Collapserscheinungen erfolgte.

Bei der Section fand sich das Mittelohr in eine grosse cariöse Höhle umgewandelt, mit einem Sequester von 1 Zoll Länge und mehr als 7 Lin. Breite und Dicke, nach dessen Entfernung sich eine Oeffnung in der blossliegenden Carotis int. nachweisen liess, die für eine dicke Sonde leicht passirbar war. Im Kleinhirn ein Abscess mit 1 Drachme schmutzigen Eiters; in der Umgebung desselben Narbengewebe durch die ganze Dicke der grauen Substanz hindurch, wahrscheinlich das Residuum eines älteren, geheilten Abscesses. Keller.

---

b) Rhinologische:

Heufieber, Asthma und verwandte Affectionen. (Hayfever, asthma and allied affections.) Von J. H. Bosworth, M. D., New-York. (New-York med. Journal, 24. April und 1. Mai 1886.)

Nach einer kurzen historischen Einleitung führt Verf. an, dass er in keinem der 60 beobachteten Fälle von Heufieber eine die Nase verengernde Veränderung vermisst habe. Die Nase sei bestimmt, den Feuchtigkeitsgrad der eingeathmeten Luft zu regeln und sei dazu durch das Vorhandensein der bedeutenden Gefässentwicklung unter der Schleimhaut (es sei kein erectiles Gewebe) sehr geeignet, insofern der Blutgehalt durch die vasomotorischen Nerven geregelt und eben dadurch auch die nöthige Durchschwitzung der Blutflüssigkeit ermöglicht werde.

Findet nun eine Behinderung des Lufteintritts in der Nase statt, so füllen sich die Blutgefässe dahinter durch die oft wiederholte Luftverdünnung mehr und werden allmählig ständig erweitert; eine neurotische Constitution begünstigt diesen Zustand, da nach seiner Ansicht in vielen Fällen diese Constitution in einer mangelhaften Controle der vasomotorischen Nerven besteht. Pollen verschiedener Pflanzen und sonstige Gelegenheitsursachen wirken vasomotorisch lähmend und rufen dadurch den Anfall hervor. Nur die Krankheiten der Nasenhöhlen machen empfänglich für Heufieber, welche Schwellung der Blutgefässe mit Nasenverengerung begünstigen. Heufieber beginnt mit wässeriger Absonderung und diese dauert an bis zum Ende des Anfalls mit heftigem Niesen und anderen begleitenden Symptomen, während bei einer acuten Rhinitis der Verlauf folgender ist: Schwellung mit Trockenheit, dann wässerige, und dann eitrige schleimige Absonderung. Heufieber ist charakterisirt durch das jährliche Wiederkommen zu bestimmten Zeiten des Jahres, es tritt dann Influenza auf mit wässeriger Absonderung aus der Nase, heftiges Jucken, Niesen, Nasenverstopfung, Kopfweh etc., veranlasst durch die Anwesenheit gewisser reizender Partikel in der Luft, unter welchen vor-

Digitized by Google

wiegend die Pollen gewisser blühender Pflanzen sind. Der Anfall dauert so lange diese Partikel in der Luft enthalten sind, und wenn er vorüber, hinterlässt er die Luftwege anscheinend unverändert.

Das Heuasthma ist nur eine der Folgen der Krankheit.

Ganz ähnlich ist das Zustandekommen des spasmodischen Asthma's Ueberfüllung der Blutgefässe durch Nasenverengerung. Diese kann hervorgerufen werden durch Polypen, verbogene Scheidewand, Formveränderungen derselben durch Bruch, Exostose, Ecchondrose, hypertrophische Rhinitis, überhaupt alle Krankheiten, welche den freien Zutritt der Luft zu der Nase hindern, und alle diese Veränderungen können Anlass zu Asthma geben. Nasenpolypen ausgenommen, fand Verf. in 90 pCt. die Ursache in Formveränderungen des Septums.

Zur Unterstützung seiner Ansichten führt er aus einer Reihe von 52 Fällen 6 vollkommene Heilungen theilweise viele Jahre bestehenden Asthma's durch Regelung des Luftzutritts in die Nase an.

Dr. M. Schm.

Blennorrhoea nasi. Von Dr. G. Finne, Stabsarzt in Christiania. (Berliner klin. Wochenschrift No. 35, 1887.)

Die Schleimhauterkrankungen der Nase sind gewöhnlich als acute Rhinitis, chronische Rhinitis (Stockschnupfen) und chronisch trockener oder atrophirender Catarrh (Ozaena) beschrieben. Dem purulenten Catarrh wird schwer Platz eingeräumt. Verf. meint, dass man von keiner Blennorrhoea sprechen kann, wenn die purulente Absonderung die Folge von Pockenpartikeln, diphtheritischen Exsudaten oder syphilitischen Papeln ist. Aber, fragen wir, warum soll das keine Blennorrhoea nasi sein? Sie ist hier durch verschiedene Ursachen, d. h. durch jene Krankheiten bedingt und ist dabei doch eben eine Blennorrhoea. Verf. sagt: „Dennoch existirt eine wahre Blennorrhoea nasi, vermittelt durch gonorrhoische Infection, aber diese Krankheit ist nach den einstimmigen Aussagen der Verfasser eminent selten." Hier haben wir also wieder eine Blennorrhoea nasi, aber eben durch Gonorrhoea erzeugt. Verf. scheint darthun zu wollen, dass eine selbstständige Blennorrhoe der Nase vorkommt, nicht durch specifische andere Krankheiten bedingt, und dem müssen wir beistimmen. Er sagt, dass sie vorzugsweise vom Antrum Highmori ausgehe: „es ist nämlich eine Thatsache, dass das Empyem des Antrum Highmori eine purulente Secretion von der Nase als einziges Symptom darbieten kann; es kann bestehen ohne Schmerz, ohne Oedem, ohne Hervortreibung". Zur Heilung des Leidens schlägt er vor, nicht von den Zahnhöhlen aus das Antrum zu eröffnen, sondern nach Mikulicz' Vorschlag von der Nase aus resp. die Concha media zu zerstören.

V.

Ueber die Natur und Behandlung der Hypertrophieen und Geschwülste der Nasen- und Schlundhöhlen. (On the nature and treatment of hypertrophies and tumors of the nasal and pharyngeal cavities.) Von Dr. Thudichum, London. (Lancet, 27. August 1887.)

Die Hypertrophieen sollen nach der Ansicht des Verfassers Ursache der Missbildungen der Nasenscheidewand und von Durchbohrungen derselben sein. Verf. spricht für die gänzliche Entfernung der Muscheln,

Digitized by Google

wenn diese Verstopfung verursachen oder Neurosen begleiten. Er vollführt die Operation galvanocaustisch. Eine Anzahl Krankengeschichten dienen zur Erläuterung. Dr. M. Schm.

Die Parosmie, ihre Ursachen und ihre Behandlung. (La parosmie, ses causes et son traitement.) Von Prof. Dr. Grazzi. (Bolletino della Malattie dell'Orecchio 1887, No. 1, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 3.)

Abgesehen von den Fällen, wo abnorme Nasensecrete den unangenehmen Geruch hervorrufen, besteht die Parosmie in einer Erkrankung des Riechcentrum oder der Nervenendigungen. Parosmie nennt man, wenn Kranke stunden- oder tagelang einen momentan empfundenen Geruch nachempfinden, oder wenn sie eine Geruchsempfindung haben, welche nicht die wahre ist. Verf. bespricht dann die Prognose und die Therapie.
Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Acute Amygdalitis bei einem mit tertiärer Rachensyphilis behafteten Kranken. (Un cas d'amygdalite aigue chez un malade atteint de syphilis tertiaire du pharynx.) Von Dr. H. W. G. Makensie. (The Lancet, Octobre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Wenn Verwachsungen zwischen Pharynx und Gaumensegel bestehen, so kann eine acute Rachenerkrankung ein ganz anderes klinisches Bild annehmen und die Diagnose erschweren.

Ein von Dr. Semon im St. Thomas-Hospital behandelter Patient zeigte die gewöhnlichen allgemeinen Erscheinungen einer acuten Rachenerkrankung; die Adspection aber war so aussergewöhnlich, dass Semon die Differentialdiagnose zwischen acuter Amygdalitis, Syphilis, malignem Tumor nicht zu stellen wagte. Kalium jodatum, 2stündlich eine Pastille von Guajac (10 Ctgrmm. pro dosi) und ein salinisches Purgans wurden verschrieben. Nach einigen Tagen war die Amygdalitis geheilt und man bemerkte alte Verwachsungen zwischen Gaumensegel und Pharynxwand. Diese Pharynxstenose hatte sich mit einer acuten Amygdalitis zusammengesellt. Dr. P. K.

Ueber die Ludwig'sche Angina. (Sur l'angine dite de Ludwig.) Von Dr. Chabrol. (Thèse de Paris 1887, No. 987, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 6.)

Oft handelt es sich blos um einen einfachen Drüsenabscess, welchen man mit der Ludwig'schen Angina verwechselt. Verf. giebt die genaue Beschreibung der Krankheit; wenn überhaupt Heilung eintritt, so ist sie dem chirurgischen Eingriff zu verdanken; er betont die Differentialdiagnose zwischen obengenannter Krankheit und einfachen Entzündungen durch Zahncaries, Trauma, einfachem Abscess nach Dupuytren, Hygroma thyreohyoideum, Osteoperiostitis. Es ist eine Infectionskrankheit, zwischen 20 und 30 Jahren auftretend, mehr bei Männern vorkommend.
Dr. P. K.

Digitized by Google

Behandlung des Catarrhs im Sinus maxillaris. (Du traitement du catarrhe du sinus maxillaire) Von Dr. Schiffers. (Société française d'otologie et de laryngologie, Avril 1887, und Revue mensuelle de laryng. 1887, No. 6.)

Häufiger vorkommend, als man gewöhnlich annimmt, klagen die Patienten Anfangs wenig und selbst der Arzt berücksichtigt wenig das Leiden. Hauptsymptom ist „intermittirender, übelriechender, einseitiger Nasenfluss; die Naseninspection ergiebt übelriechenden Eiter im mittleren Nasengang, welcher an Quantität und an Geruch zunimmt, sobald man mit einer Knopfsonde die mittlere Nasenmuschel etwas hebt." Mit Ozaena ist keine Verwechselung möglich. Die Oeffnung in dem Sinus maxillaris ist im mittleren Nasengang, einfach offen oder mit einer nach hinten (am ungünstigsten für das Sondiren) oder nach vorne (am günstigsten für die Sonde) concaven Klappe versehen. Am besten nimmt man eine einfache Hohlsonde und dringt bis in die Tiefe von 6 Centimeter, vom vorderen Nasenrand an gerechnet; auf der Hohlsonde wird ein kleines geknöpftes Bistouri eingeführt und der Eingang erweitert. Nur im Nothfall muss man den Sinus durch eine Alveole öffnen.

Der Sinuscatarrh entsteht viel häufiger durch einen Nasencatarrh als durch Zahncaries. Nach Eröffnung des Einganges muss man zum Reinigen Nasendouchen geben, dann erst in den eigentlichen Sinus eindringen.

Dr. P. K.

Acute tuberculöse Geschwüre im Pharynx. (Ulcérations tuberculeuses aigues de la gorge.) Von Dr. Abercrombie und Dr. Gay. (The Lancet, 1886, November, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Verf. beschreiben drei unzweifelhafte Fälle von acuten tuberculösen Geschwüren im Pharynx; die sie bedeckenden Schleimmassen erschweren oft die Diagnose. Gewöhnlich werden auch sonst die Zeichen einer acuten Tuberculose nachgewiesen. Schmerz und Dysphagie sind die einzigen subjectiven Symptome; der Unterschied von chronischer Pharynxtuberculose ist leicht.

Dr. P. K.

Bemerkungen über die ergiebigen Schnitte bei Mundcarcinom, bei Carcinom des Pharynx und des Rachenraumes. (Quelques reflexions sur les larges ablations dans le cancer de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx.) Von Dr. Polaillon. (Gazette médicale de Paris, 1886, 17., 24. et 31. Juillet und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Verf. kommt am Ende seiner Statistik zu folgenden Schlüssen: 1) Die Pneumonie ist sehr gefährlich nach grossen Operationen im Munde und im Pharynx. 2) Die Blutung bietet aber die grösste Gefahr dar. 3) Die Antisepsie der Mundwunde ist das beste Mittel, den Kranken vor der Pneumonie zu bewahren. 4) Die prophylactische Tracheotomie ist auszuführen, wenn man Erstickung während der Operation fürchtet; gegen die Pneumonie scheint sie gar nicht zu helfen. 5) Will man wegen der Blutung die Carotis externa unterbinden, so muss dies auf antiseptische Weise geschehen; die Unterbindung muss jedenfalls doppelt sein.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Caries des Weisheitszahnes, Osteoperiostitis des Unterkiefers, Phlegmone der Suprahyoidealregion. (Caries de la dent de sagesse, ostéopériostite du maxillaire inférieur, phlegmon de la région surhyoidienne.) Von Dr. Weiss.

Die Tracheotomie musste wegen Erstickungsgefahr ausgeführt werden. Der Abscess wurde mittelst des Galvanocauters eröffnet; die Canüle konnte am 5. Tage entfernt werden; der Zahn wurde entfernt und der Kranke genas. Dr. P. K.

Zungenepitheliom. (Epithélioma de la langue.) Von Prof. Dr. Verneuil. (Société de chirurg. de Paris u. Revue mens de laryng. 1887, No. 6.)

Verf. betont die leichten Recidive nach der Operation; man soll also reichlich exstirpiren; sind Adhaerenzen mit dem Maxillaris inferior, so soll man eine Knochenresection machen. Dr. Bouilly bemerkt, dass diese Resection keinen Zweck habe, da die Recidive ja doch durch die infiltrirten Ganglien kommen. Dr. P. K.

Anwendung des Cocain bei den Staphylorraphien. (Note sur l'emploi de la cocaine dans les staphylorraphies partielles.) Von Dr. Ehrmann. (Gazette médicale de Strasbourg No. 12 und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

In 4 Fällen von partieller Staphylorraphie genügte eine wiederholte Bepinselung mit Cocainlösung (1 : 10), um die Operation auszuführen. Bei totaler Staph. aber kann das Cocain das Chloroform nicht ersetzen. Dr. P. K.

Essig mit Carbolsäure verbunden bei Diphtheritis-Behandlung. (Du vinaigre combiné à l'acide phénique dans le traitement de la diphthérie.) Von Dr. Freydier-Dubreuil. (Courrier médical, Novembre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie et de rhinologie 1887, No. 4.)

Zu einer Mischung von Weinessig, Wasser, Glycerin (von jedem gleiche Theile) wurde zu je 100 Grmm. ½—1 Grmm. crystallisirte Carbolsäure zugesetzt; damit wurde stündlich gegurgelt und durch die Nase eingespritzt. Dabei wird innerlich Oxymel simplex mit Wasser und Acid. carbolic. (0,10—0,50) gegeben. Dr. P. K.

Diphtheritis-Behandlung mittelst Eisenchlorid und Ferrum oxychloratum. (Traitement de l'angine diphthéritique par le perchlorure de fer et l'oxychlorure de fer magnétique.) Von Dr. Laurent. (Thèse de Paris und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Man wirkt auf die Membranen, indem man sie zu lösen sucht, oder indem man sie zur Gerinnung bringt; das Eisenchlorid ist eins der besten Gerinnungsmittel. Der Schmerz und die schwarze Farbe, welche es verursacht, haben das Mittel verwerfen lassen. Verf. glaubt, diesen Uebelständen abgeholfen zu haben, indem er ein Präparat herstellt, welches aus Eisenchlorid und magnetisirtem Eisenoxyd besteht und oxygenirtes Wasser nebst Stickstoffoxyd und Stickstoffoxydul enthält. Die erste Bepinselung muss mit der puren Flüssigkeit gemacht werden; die anderen werden mit etwas Wasserzusatz gemacht; die Bepinselungen sollen zweimal täglich ausgeführt werden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper im Pharynx. (Corps étrangers du pharynx.) Von Dr. Lecerf. (Bulletin médical du Nord, Octobre 1886 und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Ein Stück Rohr eines irdenen Pfeifenstummels wurde durch blutige Operation aus dem Pharynx entfernt; die Diagnose konnte von mehreren Aerzten nicht gestellt werden und Verf. stellte sie einzig und allein aus dem aus dem Halse kommenden Tabaksgeruch. Dr. P. K.

Lymphgefässsystem des Kehlkopfes. (Lymphatiques du larynx.) Von Dr. Poirier. (Société française d'otologie et de laryngologie, Séance du 15 Avril 1887, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 6.)

Man muss im Lymphgefässsystem des Larynx 2 Regionen unterscheiden: Die erste, über der Glottis mit reichlich ausgehenden Lymphgefässen, welche die Membrana thyreohyoidea durchbohren, um zu den die Carotisbifurcation beiderseits umgebenden Lymphdrüsen zu gehen; die zweite unter der Glottis, welche nur ein weitmaschiges Netz bildet. Dies die classische, von den Autoren gegebene Beschreibung. Verf. fand aber im Gegentheil durch seine Injectionspräparate, dass das unter der Glottis sich befindende Netz engmaschig ist und bis an den freien Rand der Stimmbänder reicht, um hier mit dem Netz der Ventrikelgegend sich zu verbinden; letzteres besteht auch, trotzdem dass die Autoren es nicht erwähnen. Die vom oberen, über der Glottis gelegenen, Lymphgefässnetz ausgehenden Lymphgefässe sind allgemein bekannt. Die von dem unterhalb der Glottis gelegenen Lymphgefässnetz gelegenen Lymphgefässe sind nicht beschrieben worden: 3 — 5 an der Zahl, durchbohren sie die Membrana cricothyroidea in dem durch Diversion der Musculi cricothyroidei gebildeten Dreieck, um manchmal in eine auf der Membrana cricothyroidea gelegene Lymphdrüse, ein anderes Mal in die seitlichen, zwischen Trachea und Carotis communis gelegenen Lymphdrüsen zu münden. Diese praetracheale Lymphdrüse fand Verf. in der Hälfte aller Leichen; von 10 Mal, wo selbe vorkommt, ist sie einmal doppelt gebildet. Das Vestibulum laryngis, die Ventrikel und Gegend unter der Glottis sind also mit einem Lymphgefässnetz versehen, welches am spärlichsten an den freien Stimmbandrändern ist. Im Allgemeinen verlaufen die Lymphgefässstämme mit den Laryngealarterien, welches Factum dem Entwickelungsgesetz entspricht, nämlich, dass die Systeme von rothem Blut und von weissem Blut sich gleichmässig entwickeln.

Dr. P. K.

Drei Fälle von Larynxoedem, mit Erfolg mittelst Scarification behandelt. (Trois cas d'oedème du larynx traités avec succès par la scarification.) Von Dr. George Mackern. (The Lancet, Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1886, No. 12.)

Bei den 3 Fällen war Erstickungsgefahr; im ersten Falle war eine syphilitische Gumma an der Cartilago cricoidea, im zweiten Fall war es fortgepflanztes Erysipel, der dritte Fall war unbekannt; in allen 3 Fällen trat Heilung ein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zur Lehre der Larynxgummata. (Contribution à l'étude des gommes du larynx.) Von Dr. Charazac. (Revue médicale de Toulouse, Octobre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1886, No. 12.)

Häufiger bei Männern, als bei Frauen, unterscheidet man an ihnen die subjectiven (Schmerz, Athmung, Husten, Schlingen, Auswurf) und die objectiven Symptome. So lange die einfache Infiltration besteht, ist die specifische Behandlung erfolgreich; in der zweiten, ulcerösen Periode kann man noch heilend eingreifen, aber man ist nicht Herr über die Narben. Verf. bringt sonst nichts Neues. Dr. P. K.

Drei Fälle von Druck auf den Recurrens; aus verschiedenen Ursachen, mit Stellung des linken Stimmbandes in der Phonation. (Trois cas de compression des recurrents, par différentes causes avec fixation de la corde vocale gauche en position vocale.) Von Dr. Solis Cohen. (Trans. of the College of physicians of Philadelphia, Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1886, No. 12.)

Die Phonationsstellung des Stimmbandes ist, der Analogie mit anderen nervösen Störungen gemäss, als Krampf der Adductoren anzusehen; die bestehende Atrophie des entsprechenden Cricoarytenoideus posticus ist als Folgeerscheinung anzusehen. Der erste Fall betrifft ein Aneurysma des Aortenbogens und der Art. subclavia; die Stimme hatte einen kreischenden Ton. Der zweite Fall betrifft einen grossen Kropf, welcher zugleich die Trachea comprimirte. Der dritte Fall betrifft ein pleuritisches Exsudat mit Herzverschiebung. Dr. P. K.

Ueber Chloroformnarcose bei der Tracheotomie. (Chloroformisation dans la trachéotomie.) Von Le Dentu. (Art médical, 1887, No. 9, und Séance de l'académie des sciences de Paris.)

Den allgemeinen Grundsätzen nach sollte man bei Tracheotomie nicht chloroformiren; nach Houzel's und Le Dentu's Erfahrungen kann man es jedoch dreist thun, wenn die Asphyxie nicht zu weit fortgeschritten ist; in letzterem Falle ist das Chloroform wegen der von selbst eingetretenen Anaesthesie gar nicht mehr nöthig. Nur muss man die Haemostase gewissenhaft vor Eröffnung der Trachea bewerkstelligen. Ueberhaupt muss man einen Unterschied zwischen spasmodischen und sonstigen mechanischen Verengerungen der obersten Luftwege machen; im ersteren Fall nutzt das Chloroform offenbar, im zweiten Fall kann es schaden. Verf. kommt zu dem Schlusse (und Referent stimmt ihm gemäss seinen traurigen, durch das Chloroform gemachten Erfahrungen bei), dass bei einiger Geschwindigkeit von Seiten des Operateurs und etwas Willenskraft des Patienten das Chloroform entbehrlich ist.

Lucas Championnière bemerkt, dass in England ohne Ausnahme chloroformirt wird und er selbst thut es ohne Ausnahme: die Athmung wird während der Narcose regelmässiger und kräftiger.

Terrier stimmt ihm bei. Richelot behauptet, man könne ja in den meisten Fällen die Tracheotomia intercricothyroidea machen, welche so schnell verläuft, dass man das Chloroform entbehren kann.

Verneuil sagt, er chloroformire bei der Tracheotomie seit dem Jahre 1862, wo er die erste Thyreotomie wegen Kehlkopfpolypen ausführte; er findet ebenfalls, dass durch das Chloroform das Athmen regelmässiger

Digitized by Google

werde; das will aber nicht sagen, dass man immer chloroformiren soll; bei grosser Somnolenz und bei gutem Thermocauter ist das Chloroform überflüssig. Le Dentu räth, man soll nicht chloroformiren, wenn man im Voraus das letale Ende während der Operation fürchtet. Lefort behauptet gegenüber Le Dentu, dass man gerade bei den spastischen Larynxverengerungen nicht chloroformiren soll, weil in der Excitationsperiode der Spasmus vermehrt werde und der Tod eintreten könne; Lefort verlor auf diese Weise einen an Tetanus leidenden Patienten während der Operation; ein zweiter wäre beinahe auf dieselbe Weise erlegen. Berger und Auger behaupten, man soll auf keinen Fall bis zur totalen Anaesthesie chloroformiren. Dr. P. K.

Ueber Kehlkopfexstirpationen. Von Dr. Stelzner. (Jahresbericht der Ges. f. Natur- u. Heilkunde in Dresden 1886 87.)

In der Sitzung am 12. März d. J. stellte Dr. Stelzner einen Kranken vor, dem er wegen Carcinoms den Kehlkopf und die Trachea bis zum Manubr. stern. herab exstirpirt hatte. Der Kranke war wegen Larynxstenose bereits im Jahre 1884 tracheotomirt worden, doch hatten sich damals keine deutlichen Zeichen für ein Carcinom ergeben. Am 9. Febr. wurde nach Einlegung der Trendelenburg'schen Tamponcanüle und bei herabhängendem Kopfe zunächst der ganze Kehlkopf mit einem Theile des Zungenbeines und dann, da die Neubildung auch die Trachea mit ergriffen hatte, auch diese entfernt. 4 Tage lang Ernährung mittelst eines, durch den oberen Wundwinkel eingeführten Schlundrohres. Am 5. Tage selbstständiges Schluckvermögen. — Jetzt trägt der Kranke einen verlängerten Gussenbauer'schen Kehlkopf aus Hartgummi, mit dessen Hilfe er unbehindert und laut vernehmlich, wie die Versammlung sich zu überzeugen Gelegenheit hatte, sprechen kann.

Die entfernte Geschwulst, welche den Kehlkopf gänzlich zerstört hatte, wurde microscopisch als Plattenepithelialcarcinom erkannt. Eine so weit gehende gleichzeitige Exstirpation der Trachea ist dem Vortragenden bisher nicht bekannt geworden. Er fügt dem hinzu, dass seit Billroth's erster totaler Kehlkopfexstirpation im Jahre 1873 bereits 76 ähnliche Fälle veröffentlicht wurden, davon 35 nach kurzer Zeit starben und nur 41 längere Zeit am Leben blieben. Auch von diesen starben 20 später an Recidiven. Dr. St. betont, dass eine möglichst frühzeitige Operation, bei welcher man dann öfter mit der, wesentlich bessere Resultate liefernden partiellen Kehlkopf-Exstirpation auskommen würde, empfehlenswerth sei.

In der Discussion wendet sich Dr. Beschorner der Frage zu, woher es komme, dass bei der Häufigkeit diagnosticirter und behandelter Kehlkopfcarcinome nur ein so geringer Theil zu genannter Operation gelange. Er erblickt die Gründe hierfür 1. in den aus den Statistiken hervorgehenden ungünstigen Resultaten; 2. in den zur Zeit noch keineswegs feststehenden Indicationen, ob und wann operirt werden solle; 3. in der vielfach durch die Erfahrung bestätigten Reflexion, dass Kehlkopfcarcinomkranke nicht selten sehr lange Zeit bei einfacher endolaryngealer Controlle und Behandlung entweder mit oder selbst ohne Trachealcanüle leben, und zwar sehr viel angenehmer leben können, als nach exstirpirtem

Digitized by Google

Kehlkopfe mit dem immerhin sehr gênanten, auch wohl noch nicht auf der Höhe der Vollkommenheit stehenden künstlichen Larynx.

Hierfür giebt Redner die Belege in zwei kurzgefassten Krankengeschichten: Die erste betrifft eine von Dr. St. bereits erwähnte Dame, damals 76 Jahre alt. Sie wurde im Jahre 1882 von Dr. Tornwald in Danzig wiederholt wegen Larynx-Papillomen per vias naturales operirt. Die Geschwulst nahm mehr und mehr einen malignen Charakter an und wurde bereits dort, wie auch später in Dresden, woselbst Patientin in Dr. Beschorner's Behandlung kam, von Prof. Dr. Birch-Hirschfeld für ein Carcinom erklärt. Da die rapid zunehmenden Wucherungen bald eine völlige Obturation des Kehlkopfes bewirkten, musste im April 1883 die Tracheotomie ausgeführt werden; von da ab sistirte aber das Wachsthum der Geschwulstmasse und Patientin, die seitdem alljährlich in den Sommermonaten lange Reisen unternimmt, vermochte in diesem Jahre in vollster Rüstigkeit, ohne alle Beschwerden, insbesondere von Seiten des Kehlkopfes (ausgenommen, dass sie die Canüle tragen muss und dass ihr nur eine, der Umgebung aber durchaus verständliche Lispelsprache zu Gebote steht) ihren 80. Geburtstag zu feiern. Das Kehlkopfspiegelbild unterscheidet sich heute durch nichts von demjenigen des Jahres 1883. Benachbarte Drüsen sind nicht geschwellt. Der zweite Fall wurde von Dr. B. bereits im J. 1877 (Berl. klin. Wochenschr. 1877, No. 14) beschrieben. Auch hier handelte es sich Anfangs um ein einfaches Papillom, welches den Kehlkopf derart ausfüllte, dass Suffocation als nahe bevorstehend erachtet werden musste. Nachdem Redner die Tracheotomie (1875) ausgeführt und die, nahezu pflaumengrosse Geschwulst endolaryngeal entfernt, darnach auch die Trachealcanüle wieder beseitigt hatte, trat sowohl quo ad vocem als auch quo ad respirationem volle Wiederherstellung ein. Spätere Recidive wurden leicht auf natürlichem Wege beseitigt, dieselben nahmen aber mehr und mehr einen malignen Charakter an und wurde die Neubildung von Prof. Dr. Birch-Hirschfeld jetzt für Carcinom erklärt. Die Neigung zum Recidiviren schwand jedoch, so dass in den letzten Jahren keine endolaryngeale Operation mehr vorgenommen zu werden brauchte. Erst in diesem Jahre, also 12 Jahre nach dem ersten Eingriffe, ist Pat. einem Uterus-Carcinom erlegen. Von Seiten des Kehlkopfes hatte sie keinerlei Beschwerden; die benachbarten Drüsen blieben frei. Gewiss würden ihm diese, dergestalt conservativ behandelten Patienten, falls sie die Sachlage zu überblicken vermöchten, sehr dankbar sein, dass er ihnen ihren, wenn auch carcinomatösen Kehlkopf belassen hatte. Dessen ungeachtet sei er selbstverständlich kein principieller Gegner der Totalexstirpation, nur erstrebe er noch genauere Indicationsstellung für das „ob“ und „wann“.

Dr. Schlesinger meint, die Statistik sei so ungünstig, weil erst in einem verhältnissmässig weit vorgeschrittenen Stadium des Carcinoms die Diagnose sichergestellt würde. In Betreff der Differentialdiagnose kämen hauptsächlich Syphilis und Tuberculose in Betracht. Erstere sei verhältnissmässig schnell auszuschliessen; die beginnende Tuberculose jedoch vom beginnenden Carcinom zu unterscheiden, sei manchmal sehr schwer, besonders wenn es sich um eine Geschwürsfläche handele. Man habe den Nachweis der Tuberkelbacillen als entscheidend angeführt, und zwar solle die Tuberculose auszuschliessen sein, wenn in circa 20 Präpa-

Digitized by Google

raten von einem geübten Microscopiker kein Bacillus nachgewiesen sei. In einem verdächtigen Falle seiner Praxis habe Prof. Johne wochenlang untersucht; endlich sei es ihm gelungen, in einem Präparat 2 Bacillen nachzuweisen. Die Diagnose wäre also schwer und stelle er darum das laryngoscopische Bild in den Vordergrund. — Hierauf berichtet Redner über einen Patienten, der Anfangs nur über leichte Heiserkeit und ein unbestimmtes Gefühl im Halse klagte. Bei sonst normalem Verhalten der Kehlkopfdrüse fand sich der linke Aryknorpel zu einem etwa kleinkirschgrossen Tumor verwandelt. Es wurde die Diagnose auf Carcinom gestellt und die Larynxexstirpation vorgeschlagen. Patient blieb hierauf weg. Nach 4 Wochen wiedergerufen, fand Dr. Sch. bei dem hochgradigst dyspnotischen Kranken einen grobhöckrigen, tief ulcerirten, etwa pflaumengrossen Tumor, hauptsächlich von links her den Aditus laryngis verschliessend. Die Tracheotomie erbrachte zwar zunächst subjectives Wohlbefinden, 2 Tage nach der Operation aber starb Patient unter furibunden Delirien. Patient war, wie Redner in Erfahrung brachte, in der Zwischenzeit von anderer Seite intralaryngeal ununterbrochen caustisch behandelt worden. Das demonstrirte Kehlkopfpräparat beweist so recht, wie nach wenig Monaten, zweifellos unter dem Einflusse der intralaryngealen Behandlung, die Neubildung sich sehr bedeutend vergrössert, mächtig ulcerirt und verjaucht, an einer Stelle sogar schon den Oesophagus perforirt hat. Dr. Beschorner.

Larynxexstirpation. (Extirpation du larynx.) Von Dr. L. Labbé. (2. Congrès français de chirurgie, 1886, Octobre, und Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Gestützt auf drei von ihm operirte Fälle kommt Labbé zu den gewöhnlichen Schlüssen; neu ist in seinen Beschreibungen, dass man vorher den Kranken an das Tragen der Trendelenburg'schen Canüle gewöhnen, die Epiglottis womöglich schonen, den Thermocauter soviel als möglich anwenden und während der ersten 2 Wochen nach der Operation eine Schlundsonde permanent liegen lassen soll. Dr. P. K.

Ueber die Laryngotomia intercricothyroidea. (De la laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. Richelot. (Société de chirurgie, séance du 24 Mars 1886 und Annales des maladies de l'oreille etc., 1886, No. 12).

Sich auf 5 Beobachtungen stützend, zieht Verf. obengenannte Operation der gewöhnlichen Tracheotomie vor, wegen der leichten Ausführung und der Unmöglichkeit irgend einer Complication sowohl während als nach der Operation; der Thermocauter sei überflüssig; das Lumen der Canüle dürfe nicht 8 — 10 Millimeter übersteigen, weil sonst die Cricoidea zerbrochen wird. In einem Falle wandte Nicaise eine zu grosse Canüle an, die Cricoidea zerbrach in mehrere Stücke, die Canüle wurde aus dem Larynxrohr herausgeschleudert und Patient erlag. Kirmisson räth, bei alten Leuten eine Resection der Cartilago cricoidea vorher vorzunehmen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Aneurysma des Aortenbogens bei einem Syphilitischen, Erstickungsanfälle mit Blutungen, Tracheotomie, Tod, Section, Perforation der Trachea durch den Tumor. (Anévrysme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique, accès de suffocation et hémoptysie, trachéotomie, mort, autopsie, perforation de la trachée par la tumeur. Von Dr. Monnier. (Gaz. méd. de Paris, 1886, No. 36, und Annales des maladies de l'oreille, 1886, No. 12.)

Ein 45jähriger Mann kam mit einseitiger Glottislähmung auf die Péan'sche Klinik; ein Aneurysma konnte nicht nachgewiesen werden. Wegen Athemnoth muss die Tracheotomie ausgeführt werden, welche aber nichts half; der Tod trat ein. Larynx normal; an der hinteren unteren Trachealwand in den Zwischenknorpelräumen drei horizontale Geschwüre, durch welche die Sonde in einen Aneurysmasack gelangt; der linke Recurrens haftet am Tumor fest an und ist entartet. Auffallend bei diesem Falle ist, dass die Tracheotomie nicht erleichterte, was der Autor auf Lungencongestion zurückführt, welche Congestion wegen des sie bedeckenden Larynxgeräusches nicht durch die Auscultation entdeckt werden konnte. Dr. P. K.

Inhalt.

I. Originalien: Heiman: Otitis catarrhalis acuta duplex — Encephalomeningitis — Tod. — Hopmann: Was ist man berechtigt, Nasenpolyp zu nennen? (Schluss.) — Moldenhauer: Ueber croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut. — Lublinski: Tuberculose der Tonsillen. — Woltering: Jodol als Ersatzmittel für Jodoform. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Preyer: Die Wahrnehmung der Schallrichtung mittelst der Bogengänge. — Sexton: Verletzungen des Ohres durch Schlag auf dasselbe. — Sutphen: Ruptur der Carotis interna in Folge von Necrose des Schläfebeins. Section. — b) Rhinologische: Bosworth: Heufieber, Asthma und verwandte Affectionen. — Finne: Blennorrhoea nasi. — Thudichum: Ueber die Natur und Behandlung der Hypertrophieen und Geschwülste der Nasen- und Schlundhöhlen. — Grazzi: Die Parosmie, ihre Ursachen und ihre Behandlung. — c) Pharyngo-laryngologische: Makensie: Acute Amygdalitis bei einem mit tertiärer Rachensyphilis behafteten Kranken. — Chabrol: Ueber die Ludwig'sche Angina. — Schiffers: Behandlung des Catarrhs im Sinus maxillaris. — Abercrombie und Gay: Acute tuberculöse Geschwüre im Pharynx. — Polaillon: Bemerkungen über die ergiebigen Schnitte bei Mundcarcinom, bei Carcinom des Pharynx und des Rachenraumes. — Weiss: Caries des Weisheitszahnes, Osteoperiostitis des Unterkiefers, Phlegmone der Suprahyoidealregion. — Verneuil: Zungenepitheliom. — Ehrmann: Anwendung des Cocain bei den Staphylorraphien. — Freydier-Dubreuil: Essig mit Carbolsäure verbunden bei Diphtheritis-Behandlung. — Laurent: Diphtheritis-Behandlung mittelst Eisenchlorid und Ferrum oxychloratum. — Lecerf: Fremdkörper im Pharynx. — Poirier: Lymphgefässsystem des Kehlkopfes. — Mackern: Drei Fälle von Larynxoedem, mit Erfolg mittelst Scarification behandelt. — Charazac: Zur Lehre der Larynxgummata. — Cohen: Drei Fälle von Druck auf den Recurrens; aus verschiedenen Ursachen, mit Stellung des linken Stimmbandes in der Phonation. — Le Dentu: Ueber Chloroformnarcose bei der Tracheotomie. — Stelzner: Ueber Kehlkopfexstirpationen. — Labbé: Larynxexstirpation. — Richelot: Ueber die Laryngotomia intercricothyroidea. — Monnier: Aneurysma des Aortenbogens bei einem Syphilitischen, Erstickungsanfälle mit Blutungen, Tracheotomie, Tod, Section, Perforation der Trachea durch den Tumor.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, October 1887.** **No. 10.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Photoxylinlösung als Mittel zum Verschluss persistenter Trommelfellperforationen.

Mitgetheilt

von Dr. **L. Guranowski** in Warschau.

Die bis jetzt empfohlenen Mittel und Methoden, persistente Trommelfellperforationen zum Verschluss zu bringen, ergaben meistens ein negatives Resultat, so dass ein Suchen nach einer Methode, welche allen Anforderungen entspräche, wohl gerechtfertigt erscheint. Wir sind dem Kranken gegenüber verpflichtet, nicht nur die Eiterung bei chronischen Mittelohrentzündungen zum Stillstand zu bringen, sondern auch durch einen Verschluss der Perforation, welcher sehr selten spontan erfolgt, den Patienten vor Recidiven der Eiterung zu schützen. Es giebt, wie bekannt, Fälle, wo ein Verschluss der Perforation eine Verminderung des Gehörs hervorruft, und da soll nach Aussage der Autoren die Anwendung des künstlichen Trommelfells, eventuell anderer Methoden, contraindicirt sein. Dieser Ausspruch hat nur theilweise seine Berechtigung, d. h. nur für Fälle von beiderseitiger Perforation, bei welchen ein Verschluss der Oeffnungen eine Gehörsherabsetzung hervorruft. In Fällen von einseitiger Perforation (vorausgesetzt ein gutes Gehör auf dem anderen

Digitized by Google

Ohre) kann eine Herabsetzung des Gehörs auf dieser Seite unsere Bemühungen, die Perforation zum Verschluss zu bringen, nicht beeinflussen.

Denn ein sicherer Schutz vor Recidiven der Eiterung ist für die Gesundheit der Kranken viel wichtiger, als eine relativ geringe Hörfähigkeit auf dem kranken Ohre im Vergleich mit dem gesunden, da wir sehr gut aus Erfahrung wissen, dass den meisten Kranken ein gutes Gehör auf einer Seite gewöhnlich vollständig ausreicht. Die bis jetzt für den Verschluss persistenter Trommelfellperforationen empfohlenen Methoden, wie Argent. nitr.-Aetzungen, galvanocaustische Aetzung von Schwartze, die multiplen Incisionen von Gruber etc. ergaben in den meisten Fällen negative Resultate.

Dasselbe gilt von der von Berthold empfohlenen Myringoplastik. Was die Schalenhaut des Hühnereies anbetrifft, so haben die von mir in dieser Richtung vorgenommenen Versuche, welche ich in „Medycyna"*) 1887 publicirt habe, ein recht befriedigendes Resultat ergeben. Seit der Publication dieser Arbeit habe ich noch in mehr als 20 Fällen die Schalenhaut des Hühnereies applicirt, und war in den meisten Fällen mit dem Resultat zufrieden. Ich konnte sogar in einem Falle bei Destruction des Trommelfells ein Anheilen der Schalenhaut mit der Schleimhaut der Trommelhöhle mit einer bedeutenden Hörverbesserung constatiren. Die Methode hat aber einige Uebelstände und wird nicht von allen Kranken vertragen, da die Membran manchmal als fremder Körper die Schleimhaut der Trommelhöhle reizt und Recidive der Eiterung hervorruft. In anderen Fällen ist das Anpassen der Schalenhaut recht schwierig, so dass eine Hörverbesserung nicht erfolgt.

Ich gehe nun zum eigentlichen Thema dieser Mittheilung über. Das Verfahren, welches ich den Collegen empfehlen möchte, besteht in einem Anstrich der Perforationsränder mittelst Photoxylinlösung. Obgleich die mit diesem Mittel vorgenommenen Versuche noch recht spärlich sind (5 Fälle), so sind die von mir erzielten Resultate so verlockend, dass ich mit der Mittheilung nicht länger zögern will.

Das Photoxylin, welches von der Petersburger Firma C. Mann zu photographischen Zwecken in den Handel gebracht wurde, wird von Dr. S. Krysinski als gutes Einbettungsmaterial für microscopische Präparate empfohlen. Professor E. v. Wahl aus Dorpat hat das Mittel als vorzüglich für Verbände nach Operationen gefunden und die Resultate in No. 20 der St. Petersburger Wochenschrift 1887 publicirt. Meine Versuche mit Photoxylin datiren seit Juni dieses Jahres. Die von mir benutzte Lösung ist eine 20procentige, bereitet von dem hiesigen Apotheker Herrn Rutkowski. In allen 5 Fällen von einseitiger Trommelfellperforation habe ich einen dauernden Verschluss der Perforation erzielt. Das Gehör hat sich in 3 Fällen bedeutend gebessert, in 2 Fällen hat die Membran keinen Einfluss auf das Hörvermögen gehabt. In 2 Fällen hörten auch die subjectiven Geräusche auf.

Die Methode der Application ist folgende:

Es wird das Ohr mit einer Borsäurelösung ausgespritzt, dann sehr

*) „Ein Beitrag zur Casuistik der Verwendbarkeit der Schalenhaut des Hühnereies bei persistenten Trommelfell-Perforationen." Medycyna No. 12, 13 und 14, 1887. Warschau (polnisch).

Digitized by Google

genau mit Bruns'scher Watte ausgetrocknet. Bei guter künstlicher Beleuchtung (mittelst Reflector und Stirnbinde) führe ich einen in der Photoxylinlösung eingetauchten kleinen Haarpinsel zur Perforationsstelle ein und bestreiche die Perforationsränder. Der Pinsel muss auf einem knieförmig gebogenen Halter aufgesetzt werden, um das Gesichtsfeld nicht zu verdecken. Nach dem ersten Anstrich wird eine Zeit lang gewartet (gewöhnlich genügen 10 Minuten), bis die Masse ausgetrocknet ist, und dann ein zweiter Anstrich in der Richtung von der Peripherie zum Centrum der Perforationsöffnung ausgeführt, dann ein dritter u. s. w., bis schliesslich die ganze Oeffnung mit einer Schicht Photoxylin bedeckt wird. Nachdem der Anstrich vollständig getrocknet ist, mache ich noch einen zweiten über die ganze, so geschlossene Oeffnung, und damit ist die Operation beendet.

Am folgenden Tage ist die Membran ganz fest, durchsichtig, reisst nicht, weder beim Druck mit der Sonde, noch bei Lufteinblasungen mittelst Catheter. Beim Druck mit der Sonde zeigt die Membran eine gewisse Nachgiebigkeit, kehrt aber in ihre frühere Lage beim Nachlass des Druckes zurück.

Die Kranken empfinden bei dem Ausführen der ersten Anstriche ein leichtes Brennen, welches von dem in der Lösung enthaltenen Aether herrührt, dasselbe ist aber sehr kurzdauernd und verschwindet nach einigen Secunden. Die so aufgetragene Membran zeigt eine starke Resistenz, ist recht elastisch und verändert sich auch nach Verlauf von einigen Monaten nicht. In wie weit diese Membran das künstliche Trommelfell ersetzen kann, ist mir bei dem geringen Beobachtungsmaterial nicht möglich, zu entscheiden. So viel ist aber sicher, dass der Photoxylinanstrich einen vorzüglichen Verschluss der persistenten Perforationen ermöglicht und die Patienten vor Recidiven der Eiterung sicherer als andere Methoden schützt. In den letzten Tagen habe ich Photoxylinlösung in einem Falle angewandt, in welchem der Patient über ein knackendes Geräusch klagte, welches er bei jeder Schlingbewegung empfindet. Bei der Untersuchung des Ohres habe ich eine Narbe im vorderen unteren Quadranten des Trommelfells constatirt, welche bei jeder Schlingbewegung flottirte. Die Bewegungen der Narbe konnten auch mittelst des Siegle'schen Trichters hervorgebracht werden.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass vielleicht die Bewegungen der Narbe Ursache des Geräusches sind, habe ich einen Photoxylinanstrich ausgeführt. Die Narbe wurde nach dem Austrocknen resistent und zeigte weder beim Schlingen noch bei der Untersuchung mit dem Siegle'schen Trichter die früheren Bewegungen. Das Geräusch war verschwunden. Das Gehör, welches auf diesem Ohre sehr herabgesetzt war, zeigte keine Veränderung.

Zwei Fälle von Nasenpolypen.

(Septum-Polyp und Reflex-Neurose.)

Von

Dr. **M. Tsakyroglous**, Smyrna in Klein-Asien.

Der erste Fall betraf ein 20jähriges Mädchen, welches seit 5 Jahren an Verstopfung der rechten Nasenhöhle und starker Blutung bei Berüh-

Digitized by Google

rung derselben klagte. Die Untersuchung mittelst Spiegels zeigte eine derbe, vom Septum aus gegen die untere Nasenmuschel hervorragende und leicht blutende Wucherung. Durch die Sonde konnte man die berührende Fläche der Wulstung von der der Muschel trennen. Die mit einer breiten Basis auf dem Septum sitzende Neoplasie haben wir mit einem auf winkeligem Griffe gefestigten Messer abrasirt und wiederholentlich geätzt.

Neoplasien des Septums sind seltene Vorkommnisse. Mackenzie (Diseases of the Throat and Nose, pag. 358) citirt nur 7 bis jetzt beschriebene Fälle davon. Chiari aber erhöht die Fälle auf 24, von denen 7 eigene Beobachtungen.

Der zweite Fall betraf einen 52jährigen Lehrer R. O., der seit sechs Jahren an Asthma nervosum litt. Innere Mittel hatten ihm nichts geholfen. Vor einem Jahre wurde der Patient von einem Collegen zu uns geschickt. Der Letztere hatte bei der Untersuchung der Brust kein Symptom zur Erklärung und keine Lungenlocalisation gefunden. Mehr oder minder starke Verstopfung beider Nasenhöhlen, meist während des Asthma-Anfalles, war vorhanden. Durch die rhinoscopische Untersuchung bemerkten wir mehrere von der oberen Nasenmuschel herunterhängende Schleimpolypen, und zwar 2 links und 3 rechts. Nach der Entfernung derselben sind Secretion und Asthma bis jetzt ausgeblieben.

Solche Reflexneurosen, durch Nasenpolypen bedingt, die von Fachmännern häufiger beobachtet wurden, bemerkten wir auch bei anderen Patienten; so bei einem 40jährigen Manne Mydriasis und leichte Amaurose des linken Auges bei linksseitigem Polyp, Reflexsymptome, welche nach Entfernung desselben ganz verschwanden. Bei einem anderen, 20jährigen jungen Manne bestand wochenlang intermittirendes Kopfweh event. Trigeminusneuralgie, die eine Febris larvata, welche so häufig bei uns vorkommt, simulirte. Chinin, Arsenik und Wasserbehandlung blieben erfolglos, bis die Pincette die Schleimpolypen herausriss.

Concrement der Tonsille.

Von

Dr. **W. Lublinski.**

Wenn auch Concremente in den Tonsillen nicht gerade zu den Seltenheiten gehören, so hat der von mir beobachtete Fall dennoch ein gewisses Interesse, da das Concrement von einer ganz bedeutenden Grösse war. Dasselbe war nämlich $2^1/_2$ Ctm. lang und an seinem oberen Ende $^1/_2$ Ctm., am unteren Ende $^3/_4$ Ctm. breit; sein Dickendurchmesser war $^1/_2$ Ctm. Die Farbe war eine graubraune; es bestand vorzugsweise aus phosphorsaurem und kohlensauren Kalk. Ich entfernte das Concrement aus der linken Tonsille einer 29jährigen Dame, die in ihrer Jugend vielfach an eitrigen Mandelentzündungen gelitten hatte und in Folge derselben eine vielfach zerklüftete Tonsille hatte. Das Concrement sass in einer solchen Lacune und zwar derartig, dass der Arcus glossopalatinus dasselbe nach vorne zu begrenzte. In Folge dessen hatte sich das Concrement auch der Form des Gaumenbogens angepasst. Besondere Beschwerden hatte der Fremdkörper erst seit etwa 4 Wochen hervorgerufen, vor Allem ein unangenehmes Gefühl des Druckes bei Schling- und Schluckversuchen.

Digitized by Google

Polyp der Tonsille.

Von

Dr. **W. Lublinski.**

Bei einem 35jähr. Herrn, den ich wegen Lues behandelte, bemerkte ich bei der Untersuchung des Rachens auf dem unteren Segment der linken Tonsille einen kolbenförmigen Polypen von ganz beträchtlicher Länge, der mit seiner Basis auf dem Zungenrücken auflag und die andere Tonsille fast berührte. Der Kranke wusste von dieser Abnormität nichts, da er gar keine Beschwerden hatte. Ich schnitt den Polypen mit einer Scheere ab. Derselbe hatte eine Länge von 3,2 Ctm., an seiner Basis eine Breite von 3 Mm., an seinem oberen Ende von 5 Mm. Er war von sehr harter Consistenz, äusserlich und auf der Durchschnittsfläche blassröthlich. Die microscopische Untersuchung ergab, dass er vorwiegend aus festem Bindegewebe bestand.

Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle.

Von

Dr. **J. Killian** in Worms.

Das Antrum Highmori und dessen Erkrankungen zogen schon von je her die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich. Dies bezeugt eine stattliche Literatur, welche in ihren Anfängen ein paar Jahrhunderte zurückreicht. Derselbe Gegenstand wurde in der jüngsten Zeit auf's Neue in den Vordergrund des Interesses gerückt. Dazu haben die breitfundirten anatomischen Untersuchungen von Zuckerkandl[1]) wesentlich beigetragen und nicht minder die der Praxis entnommenen, in hohem Grade anregenden Veröffentlichungen Ziem's[2]). Wie ein Ferment wirkten letztere auf den von allen Seiten angehäuften Stoff und versetzten ihn gewissermaassen in Gährung. Wir erblicken Ziem's Hauptverdienst darin, dass er die Häufigkeit des Vorkommens von Kieferhöhleneiterungen überzeugend dargethan hat. Schon vor langen Jahren unterwarf Giraldès[3]) die herrschenden Anschauungen über den sogenannten Hydrops der Highmorshöhle einer scharfen Kritik. Mit grosser Zähigkeit behauptete sich trotzdem jene irrige Vorstellung, wonach die Empyeme des Sinus maxillaris zu Auftreibung des Oberkiefers, Schwellung und Schmerz der bedeckenden Weichtheile u. s. w. führen sollten. Durch Ziem dürfte diese falsche Lehre wohl definitiv beseitigt worden sein. Andererseits hat derselbe mit allem Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Kieferhöhleneiterungen in erster Linie Symptome von Seiten der Nasenhöhle hervorrufen, und dass so manche für unheilbar angesehene Naseneiterung und chronische Rhinitis im Grunde nichts ist, als ein latentes Empyem jener Nebenhöhle. Da nun schon im vorigen Jahrhundert durch Allouel,

---

[1]) Ueber die normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle etc. Wien 1882.

[2]) Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc, 1886, No. 2 u. ff.

[3]) Vergl. Virchow's Archiv, Bd. IX, 1856.

Digitized by Google

Jourdain, Desault, später durch Cooper, in der neueren Zeit durch Michel, Hartmann, Ziem und Andere der Nachweis geliefert war, dass die Kieferhöhleneiterungen einer erfolgreichen Therapie sehr wohl zugänglich sind, so machte sich das Bedürfniss nach einer exacteren Stellung der Diagnose des Uebels immer fühlbarer. Diese Lücke hat B. Fränkel[4]) dadurch auf das Glücklichste ausgefüllt, dass er die rhinoscopischen Untersuchungsmethoden, speciell den Nachweis der Herkunft des Eiters aus den natürlichen Ostia naso-maxillaria als den einzig sicheren Weg der Erkenntniss bezeichnete.

Immerhin weist der Gegenstand noch sehr viele streitige Seiten auf, und wir möchten durch das Folgende zur Klärung der Sachlage etwas beizutragen versuchen.

Aus einer grösseren Zahl einschlägiger Beobachtungen sollen gleich hier zwei Krankengeschichten eine Stelle finden, weil dieselben wegen ihrer besonderen Umstände einiges Interesse verdienen, und weil wir uns weiterhin auf dieselben beziehen möchten.

1) Fräulein Anna T. aus Jena, 22 Jahre alt, stellte sich uns Ende Januar 1886 zum ersten Male vor. Sie hatte als Kind die Pocken überstanden und erinnert sich nicht, sonst krank gewesen zu sein. Doch litt sie vom 16.—18. Jahre während ihres damaligen Aufenthaltes in Frankreich öfter an Stirnkopfschmerz. Angeblich vor ca. 3 Jahren wurde der erste obere Molaris rechts cariös, ohne übrigens je nennenswerthe Schmerzen zu verursachen. Im Frühjahre 1885 bemerkte die Kranke zum ersten Male, dass beim Bücken ein höchst übeler Geruch auftrat, und zwar allein in der rechten Nasenhälfte. Anfänglich war sie nur für ihre Person dadurch belästigt, später wurde derselbe jedoch auch von der Umgebung wahrgenommen. Gleichzeitig litt Patientin unter widrigen Geschmackssensationen, welche den Appetit sehr verringerten und es ihr an manchen Tagen geradezu unmöglich machten, Nahrung einzunehmen. Im Beginn des Leidens zeigte sich ganz unbedeutender Ausfluss aus der Nase, widerlicher Geruch und Geschmack erschienen nur in mehrtägigen Intervallen. Ende 1885 wurde jedoch die Absonderung aus der Nase profus, erforderte etwa vier Taschentücher den Tag. Das Secret war gelb von Farbe, fötid und bewirkte gelbe Flecken in der Wäsche. Gleichzeitig mit dem Stärkerwerden des Ausflusses traten heftige, fast continuirliche Stirnkopfschmerzen auf. Der Ausfluss erfolgte stets einzig aus dem rechten Nasenloch. Für die Athmungsluft war die Nase durchgängig; trotzdem litt die Kranke permanent unter dem Gefühl von Verstopftsein derselben. Ueber ein Jahr hatte dieser höchst peinliche Zustand bereits angedauert. Die Angaben der Patientin deuteten auf eine Herderkrankung in der rechten Nasenhälfte.

Status praesens: Linke Nasenhöhle normal. Rechts mässige Schwellung der unteren Muschel; hintere Rachenwand nicht sichtbar. Auf dem Boden des unteren Nasenganges, im mittleren sowie zwischen Scheidewand und mittlerer Muschel, findet sich Eiter. Das vordere Ende jener war stark geschwollen und berührte das Septum. Etwas weiter rückwärts sah man eine lebhaft rothe weiche Prominenz vom unteren

[4]) Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle. Berliner klin. Wochenschrift No. 16, 1887.

Digitized by Google

Rande der mittleren Muschel gegen die untere herabragen. Die Gegend des Hiatus semilunaris konnte nicht sichtbar gemacht werden. Im Nasenrachenraum eitriges Secret, das sich weiterhin auf der hinteren Rachenwand ausbreitete. Der Naseneiter hatte einen sehr unangenehmen, modrigen Geruch, welcher lebhaft an den Foetor soeben eröffneter alveolarperiostitischer Abscesse erinnerte, jedoch total verschieden war von demjenigen bei genuiner Ozaena. Unter dem Microscop zeigte der Eiter grosse, in fettigem Zerfall begriffene Eiterkörperchen, Körnchenkugeln, Fetttröpfchen und Micrococcen, jedoch keine Spur von Knochenpartikelchen. Der erste Molaris rechts oben war stark cariös, seine Pulpahöhle weit eröffnet. Nach Entfernung der erwähnten hypertrophischen Parthie der mittleren Muschel mit der Glühschlinge liessen wir den kranken Zahn ausziehen und die Nase täglich ausspülen. Leider wurde eine Sondirung des Zahnfaches nicht vorgenommen. Wir waren eben damals noch nicht so sehr von dem ätiologischen Zusammenhang zwischen Zahncaries und Eiterung des Antrum überzeugt wie heute. Nach 14 Tagen stellte sich die Kranke wieder vor. Ihr Zustand war noch genau derselbe wie vorher. Nach Reinigung der Nase und Bepinselung der mittleren Muschel mit einer stärkeren Cocainlösung konnte man nun deutlich sehen, dass der Eiter aus dem mittleren Nasengang herstammte. Die hier vorsichtig tastende gebogene Sonde traf am Anheftungsrande der unteren Muschel, etwa entsprechend der Mitte ihrer Länge, auf eine Stelle, wo der Eiter bei Druck hervorquoll, und gleich darauf glitt das Instrument in einen geräumigen, glattwandigen Hohlraum; dabei empfand die Kranke Schmerz in den Zähnen. Nirgends fühlte man entblössten rauhen Knochen. In der Folge gelang es ohne Schwierigkeit, durch die erwähnte Oeffnung hindurch mittelst einer gebogenen, silbernen Röhre die Höhle auszuspülen, wobei äusserst fötider Eiter, in der Menge von etwa zwei Theelöffeln, herausgeschwemmt wurde. Als Spülflüssigkeit diente eine erwärmte gesättigte Borsäurelösung. Diese Procedur wiederholten wir 12 Tage lang je 1 Mal. Auffallend rasch verschwanden Fötor, eitrige Secretion, Muschelschwellung und Stirnkopfschmerz in der genannten Reihenfolge, um nicht mehr wiederzukehren. Etwa 1¼ Jahr später war uns wiederum Gelegenheit geboten, Patientin zu untersuchen. Dieselbe war gänzlich frei von ihren früheren Beschwerden; weder in der Nase noch im Nasenrachenraum fand sich eine Spur von Eiter. Dagegen konnte die gebogene Sonde immer noch mit Leichtigkeit von der beschriebenen Stelle aus in die Kieferhöhle vorgeschoben werden. Der Fall gelangte also zu definitiver Heilung durch Irrigation des Antrum vom mittleren Nasengange aus. Die Oeffnung, durch welche wir vorgingen, befand sich nicht im Hiatus semilunaris, sondern entsprach ihrer Lage nach dem accessorischen Ostium naso-maxillare. Giraldès behauptet, dass diese Oeffnung stets pathologischer Natur sei; dem wird aber mit Recht widersprochen. Schon das häufige Vorkommen dieses Ostiums genau an derselben Stelle lässt sich gegen eine solche Annahme geltend machen. In unserem Falle spricht sowohl die Lage als die Persistenz der Oeffnung lange nach erfolgter Heilung gegen Giraldès.

2) Frau K. aus G., 54 Jahre alt, war früher stets gesund, hat jedoch vor Jahren öfter an Kopfschmerzen gelitten. Neujahr 1886 trat plötzlich

Digitized by Google

ohne bekannte Ursache starke Schwellung und Secretion der rechten Nasenhälfte auf, nachdem eine Zeit lang Schmerzen im ersten Molaris rechts oben, verbunden mit Ziehen in der Wange, vorausgegangen waren. Diese Erscheinungen verloren sich bald, aber es blieb eine äusserst quälende rechtsseitige Supraorbitalneuralgie zurück, verbunden mit dem Gefühl von Trockenheit und Verstopfung der rechten Nasenhälfte und der permanenten Empfindung, als dränge sich etwas aus dem oberen Theil jener Nasenhälfte nach abwärts. Für die Athmungsluft waren beide Nasenseiten stets durchgängig. Dagegen litt die Kranke unter einem sehr üblen Geschmack, den sie sich nicht erklären konnte und an dauernder Appetitlosigkeit. In der ersten Zeit traten einzelne heftige Schwindelanfälle auf, welche sich jedoch später verloren. Dieser Zustand hatte bisher allen Kurversuchen widerstanden. Mitte December 1886 kam Patientin in unsere Behandlung.

Status praesens: Linke Nasenseite normal. Rechts ist das vordere Ende mittlerer Muschel stark kugelig angeschwollen und verwehrt den Einblick in den mittleren Nasengang. Trotz wiederholter sehr sorgfältiger Inspection ist durch Untersuchung von vorn keine Spur von Eiter in der Nase zu entdecken, auch nicht nach Abwärtsbeugen des Kopfes und Politzer'schem Verfahren. Dagegen zeigte sich bei der hinteren Rhinoscopie ein Eiterstreifen, welcher, aus dem mittleren Nasengang kommend, dem hinteren Ende unterer Muschel auflag und sich von da quer über das Tubenostium zur seitlichen Pharynxwand hin zog. Am Rachendach sah man in der Vertiefung zwischen Protuberantia atlantis anterior und oberer Choanenwand eitriges Secret, ebenso in der rechten Rosenmüller'schen Grube. Der erste Molaris rechts oben war cariös, Kaufläche der Krone breit durchbrochen. Nach Entfernung dieses Zahnes dringt die in das Fach der vorderen buccalen Wurzel eingesenkte Sonde in die Kieferhöhle ein. Es folgte Erweiterung der Communications-Oeffnung zwischen Alveole und Antrum, ohne dass sich hier Eiter entleerte. Aber nach Einführen der Canüle und Durchspülung floss bei vornübergebeugtem Kopf intensiv übelriechender Eiter aus dem rechten Nasenloch heraus. Die weitere Behandlung führte die Patientin selbst aus. Nach etwa 14 Tagen konnten die Irrigationen ausgesetzt werden, da keine Spur von Eiter mehr zum Vorschein kam. Der üble Geschmack verlor sich zuerst, dann die abnormen Sensationen in der Nase und zuletzt der Stirnkopfschmerz. Etwa 4 Monate nach ihrer Entlassung stellte sich Frau K. wieder zur Untersuchung vor. Die früheren Beschwerden sind nicht mehr wiedergekehrt; der Appetit ist gut. Der Eingang zur Alveole des extrahirten Zahnes ist vollständig obliterirt und überhäutet, die mittlere Muschel ist abgeschwollen, Nase und Nasenrachenraum sind gänzlich frei von Eiter.

Abgesehen von der allerersten Zeit der Erkrankung bestand in diesem Falle niemals Eiterabfluss aus der äusseren Nase. Patientin stellte ganz bestimmt in Abrede, irgendwie am Schnupfen zu leiden. Nur die hintere Rhinoscopie führte zur richtigen Deutung des Leidens. Der Beginn der Affection mit plötzlicher Schwellung und Secretion der rechten Nasenhälfte, nachdem ziehende Schmerzen im Zahn und der Wange vorangegangen waren, bestimmte uns zu der Annahme, dass die Krankheit durch Per-

Digitized by Google

foration eines Alveolarabscesses in den Sinus maxillaris hinein entstanden sei.

In dem Maasse, als unser Glaube an jene Gefahren, welche eine ältere Medicin und noch jetzt die Meinung des Volkes an das erste Erscheinen der Zähne knüpft, dahinschwindet, in demselben Maasse bricht sich die Erkenntniss immer mehr Bahn, dass gerade umgekehrt das Absterben der Zähne, die Zahncaries dem Organismus sehr reelle Gefahren bringt. Und so erblicken wir denn auch auf Grund unserer Erfahrungen die häufigste und wichtigste Ursache der Kieferhöhleneiterungen in der Zahncaries, in einer Infection der Höhlenschleimhaut vom Cavum oris her. Die feineren Vorgänge, welche der Zahncaries zu Grunde liegen, fanden durch Witzel[5]) eine willkommene Bearbeitung. Dieser Autor schildert sehr anschaulich, wie nach partiellem Verlust des Schmelzes, sei es in Folge eines Traumas oder chemisch veränderten Mundsecretes, das freiliegende Dentin durch Invasion pathogener Microorganismen erweicht und zerstört wird, wie die Infection zunächst auf die angrenzenden Theile der Pulpa fortschreitet und zu eitriger und gangränöser Schmelzung derselben führt. Dieser destructive Process nimmt sich selbst überlassen seinen Fortgang, und hat derselbe das Foramen apicale einer Zahnwurzel erreicht, so bilden sich um dieses in der Tiefe des Wurzelfaches kleine Eitersäcke, welche oft lange Zeit stationär bleiben. Früher oder später, besonders in Folge Verstopfung der Zahnhöhle durch absichtlich oder unabsichtlich hineingerathene Fremdkörper, geht die Sache weiter, und es bilden sich Alveolarabscesse, welche sowohl nach Aussen hin, d. i. unter die Gingiva, als auch nach Innen in das Antrum perforiren können. Die Infection kann jedoch auch ganz unmerklich in die Tiefe kriechen, indem sie den Bindegewebszügen, welche die Pulpagefässe und Nerven umhüllen, in die Canales alveolares hinein folgt, deren Wände lückenhaft sind, und so unaufhaltsam die Schleimhaut des Sinus maxillaris erreichen. In dem ersten Falle markirt sich der Beginn der Höhleneiterung durch das plötzliche Aufhören der Zahnschmerzen und mehr acute Schwellung und Secretion der betreffenden Nasenhälfte, während in den Fällen der letzteren Reihe die Krankheit ganz schleichend sich entwickelt. Die Configuration der Highmorshöhle unterliegt aber grossen Schwankungen, so dass die Disposition der Höhle, von cariösen Zähnen inficirt zu werden, sowohl bei demselben Individuum auf beiden Seiten, als auch bei verschiedenen Individuen auf der gleichen Seite sehr variirt. Fehlt die Alveolarbucht (Zuckerkandl), trennt also eine dicke Lage compacter Knochensubstanz die Alveolen von der Höhle, so ist dieselbe weit weniger gefährdet, als wenn diese Bucht gut entwickelt ist. In diesem Falle kann es vorkommen, dass sämmtliche Backzähne mitsammt dem Eckzahn in die Höhle hineinragen, während für gewöhnlich nur der zweite Bicuspis und die beiden ersten Molares mit ihr Fühlung nehmen. Nach Ansicht der meisten Zahnärzte ist die Kieferhöhle vom Fach des zweiten Bicuspis am leichtesten zu erreichen. Wir haben eine grössere Anzahl von macerirten Oberkiefern auf diese Verhältnisse hin untersucht mit dem Resultate, dass die Fächer der beiden ersten Molares

[5]) Compendium der Pathologie der Pulpakrankheiten, 1886.

Digitized by Google

sich in der Ueberzahl der Fälle dem Antrum am meisten nähern. Die genannten Zähne haben bekanntlich drei Wurzeln; die innere, linguale, wendet sich mehr nach dem Gaumen, die beiden äusseren, buccalen, dagegen streben der Höhle zu, und ihre Fächer führen überaus häufig direct in den knöchernen Sinus maxillaris hinein. Sehr constant finden wir dies Hineinragen von Seiten der beiden buccalen Wurzeln des ersten und der vorderen buccalen Wurzel des zweiten Molaris. Die innere Wurzelspitze des zweiten Bicuspis wendet sich nach dem Boden der Nasenhöhle, während die äussere das Antrum meist nicht ganz erreicht. Damit stehen unsere Beobachtungen an Lebenden insofern im Einklang, als wir ganz besonders häufig Caries des ersten Molaris als Ausgangspunkt der Erkrankung anzusehen genöthigt waren. Leider ist das uns zu Gebote stehende Material zu klein, um diese immerhin wichtigen Verhältnisse definitiv festzustellen. Vergeblich bemühten wir uns, in der Literatur nähere Aufschlüsse zu erlangen, und so wäre es denn immerhin sehr erwünscht, wenn wir in den Besitz statistischer Angaben über die relative Häufigkeit der Communication der in Betracht kommenden Zahnfächer mit der Kieferhöhle gelangten. Zu der Annahme, dass das Empyem derselben bei Weitem am häufigsten auf Zahncaries beruht, bestimmten uns folgende Wahrnehmungen:

Erstens bestand in allen Fällen unserer Beobachtung Caries eines der erwähnten Zähne. Zweitens konnten wir in jenen Fällen, wo der betreffende Zahn zur Extraction kam, und wir zur Sondirung schritten, directe Communication zwischen Zahnfach und Sinus maxillaris nachweisen. Drittens hatte der aus demselben entleerte Eiter sehr häufig ganz den eigenthümlichen, fauligen Geruch, wie man ihn an dem Inhalt alveolarperiostitischer Abscesse wahrzunehmen pflegt. Dieser Foetor ist gänzlich verschieden von dem characteristischen, faden, süsslichen Geruch, welcher einer Nase entströmt, die an genuiner Ozaena erkrankt ist. Wiewohl uns noch die Termini technici für die Qualitäten der Geruchsempfindung fehlen, so glauben wir darum doch nicht, dass dies den Werth der zuletzt angeführten Thatsache beeinträchtigt. In gleichem Sinne spricht sich B. Fränkel aus.

Endlich möchten wir noch darauf hinweisen, dass das Empyem der Highmorshöhle in der Ueberzahl der Fälle den Lebensjahren jenseits der Pubertät anhaftet. Obwohl zur Erklärung dieser Thatsache noch eine Reihe anderer Momente, wie die Schwierigkeit der Diagnose, die Kleinheit der Höhle u. s. w. herangezogen werden müssen, so legt uns dieselbe doch den Gedanken sehr nahe, dass die Caries der bleibenden Backzähne, welche mit ihren Wurzeln dem Antrum weit näher kommen, als die Milchzähne, und die Prädilection der Höhleneiterung für die Jahre nach der Pubertät in einem ursächlichen Zusammenhange stehen.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Congress deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden.

Section für Otiatrie.

Begrüssung der Mitglieder durch Herrn Sanitäts-Rath Dr. Pagenstecher.

Zu Schriftführern werden gewählt: Herr Dr. Rohrer und Herr Dr. Koll.

Zum Vorsitzenden: Herr Professor Dr. Moos, Heidelberg.

1. Moos: Ueber Labyrinth-Veränderungen nach Masern. Die Befunde stammen von einem masernkranken Knaben, der am 7. Tage nach dem Eruptionsstadium an Pneumonie starb.

Die Störungen im Labyrinth bringt Moos in zwei Gruppen.

Die erste Gruppe umfasst Anomalien der Lymphe ganz gleicher Art, wie sie Moos bei der Diphtherie beschrieben hat: Confluenz von Lymphzellen bis zur Ausfüllung der betr. Räume, Halbzirkelgänge, Schneckentreppen u. s. w.

Die Metamorphosen der confluirten Lymphe sind: Wiederzerfall, glasige Degeneration, Knochenneubildung.

Die zweite Gruppe umfasst die Veränderung der Blutgefässe resp. solche Veränderungen, die durch diese hervorgerufen sind.

Es handelt sich um Thrombose der Gefässe. Dieselbe wird herbeigeführt durch fettige Entartung des Endothels und kann bis zur völligen Obliteration oder Verödung führen, was besonders in den Haversi'schen Canälchen beobachtet wurde.

Einfluss der Gefässthrombose auf die verschiedenen Gewebe. Die häutigen Bänder der Halbzirkelgänge und ihre Endothelzellen atrophiren, der häutige Canal verändert in Folge hiervon seine elliptische Form, weil er collabirt; seine Epithelschicht zerfällt, ebenso das Periost; der anliegende Knochen wird necrotisch. Das compacte Knochengewebe erfährt einen Zerfall bis zur vielfachen Lückenbildung, das Knochenmark ebenfalls einen Zerfall, völlige Necrose oder es geht die colloide Metamorphose ein. Zuweilen entsteht die letztere in den Haversi'schen Canälchen und setzt sich von da auf das compacte Knochengewebe fort.

Die Fasern des Musculus stapedius erfahren in Folge Thrombose seiner Blutgefässe eine wachsartige Degeneration, wie sie Zencker beim Typhus beschrieben und Cohnheim nach Totalligatur der Lunge beobachtet hat.

Auch der nervöse Endapparat in den Maculae und Cristae sowie im Schneckencanal atrophirt.

Moos giebt hiervon eine genaue Beschreibung, auch von der Atrophie des Corti'schen Organes. — Das Vorgetragene wird durch eine Reihe von Zeichnungen und microscopischen Präparaten erläutert.

Zuletzt bespricht Moos die Genese, die klinischen Erscheinungen mit Rücksicht auf die geschilderten Befunde, die Behandlung und Prognose der Labyrinth-Affectionen bei Masern.

Digitized by Google

Die grosse Analogie der Befunde mit denen bei Diphtherie bestimmt Moos zur Annahme der Einwirkung eines Microorganismus, den nachzuweisen ihm bis jetzt nicht gelungen ist, doch sind seine diesbezüglichen Untersuchungen noch nicht zu Ende geführt.

O. Wolf kann bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens von Ohrenkrankheiten bei Masern mit dem Vortragenden nicht ganz übereinstimmen. Die Berichte aus den Kliniken beweisen deshalb nicht viel, weil dort meist schwere oder chronische Fälle zur Beobachtung kommen, während bei Masern vorzugsweise leichte Formen entstehen, welche aber meist rasch in Genesung übergehen. Schwere Labyrinth-Affectionen nach Masern hat Wolf nicht beobachtet.

Katz fragt an, welche Conservirungs-Methode angewendet worden ist, da ihm bei der bekannten Chromsäure-Salpetersäure-Behandlung nicht immer die Erhaltung der terminalen Nerven-Endigungen resp. der Epithelgebilde gelungen ist. Eine sichere Deutung der Befunde im Ductus cochlearis scheint ihm daher zur Zeit noch etwas gewagt.

2. Körner, Frankfurt: Demonstration einiger topographisch wichtiger Verhältnisse am Schläfenbein, welche von der Form des Schädels abhängig sind.

Tschudi fragt, ob bei Brachycephalen vorzugsweise, wie er in einem Falle beobachtet habe, ein Vordrängen der Flexura sigmoidea beobachtet sei.

Körner behauptet, nach seiner und Bezold's Beobachtung liege der Sinus rechts öfter mehr nach vorne.

Moos empfiehlt das Studium von hyperbrachycephalen Schädeln, die im Grossherzogthum Baden häufig zu finden sind.

3. Guye, Amsterdam: Ueber Aprosexia, die Unfähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, als Folge von nasalen Störungen.

Der Vortragende beschreibt die Aprosexia (von *προσέχειν τὸν νοῦν*) als eine Störung der Gehirnthätigkeit, verursacht durch Beeinträchtigung der nasalen Athmung durch verschiedene Umstände, adenoide Geschwülste im Nasenrachenraum, Nasenpolypen etc. Ein 7jähriger Knabe konnte z. B. in der Schule in einem ganzen Jahr nicht mehr, als die drei ersten Buchstaben des Alphabets erlernen. Nach einmaliger Operation der adenoiden Geschwülste lernte er in einer Woche das ganze Alphabet. Andere, Gymnasialschüler und Studenten, fühlten, dass sie nicht lernen konnten, hatten die Empfindung, dass jede Anstrengung ihrer Aufmerksamkeit ihnen Kopfschmerz und Schwindel verursachte, konnten schliesslich, ohne dass sie sich irgendwie ermüdet hatten, einen Satz, z. B. aus einer Zeitung, 6 bis 10 Mal hintereinander lesen, ohne zu wissen, was sie gelesen hatten, und dieses ohne dabei an etwas Anderes zu denken. Dieser Umstand unterscheidet das Symptom von der gewöhnlichen Zerstreutheit.

Die Aprosexia entsteht auch als Folge von geistiger Ueberbürdung, und mit demselben Recht als neulich von Charlton Bastian gesagt wurde, wir litten nach einem gewissen Alter alle an Aphasie, so könnte man auch behaupten, wir litten alle nach Ueberanstrengung des Gehirns an Aprosexia.

Der Vortragende sucht die Erscheinung zu erklären aus dem durch

Digitized by Google

Druck in der Nasenschleimhaut gehemmten Lymphabfluss aus dem Gehirn, und erinnert an die von Axel Key und Retzius nachgewiesenen Lymphbahnen, welche die Olfactoriusfasern begleiten und die subduralen Lymphräume mit der Nasenschleimhaut in Verbindung stellen. Dadurch soll eine Retentionserschöpfung des Gehirns entstehen, welche dieselben Symptome, wie die Ermüdungs-Erschöpfung, hervorrufen könne.

Die Aprosexia gehört mit dem Kopfschmerz zu den Hauptsymptomen der Ueberbürdung in der Schule. Der Vortragende glaubt, nach seiner Erfahrung zu urtheilen, dass eine Störung in der nasalen Athmung in den meisten Fällen die Disposition zu dieser Aprosexia scholaris bildet, und wünscht, es den Pädagogen an's Herz zu legen, bei jedem hinter den Anderen zurückbleibenden Schüler auf den Zustand der Nase und insbesondere auf die Form des Athmens ihre Aufmerksamkeit zu richten.

Kuhn, Strassburg, fragt, ob in einem von Redner angeführten Falle die Behandlung des Mittelohres nicht wichtiger gewesen wäre, als die des Nasenrachenraumes.

Guye erwiedert, das sei nicht der Fall, weil auf die Behandlung des Nasenrachenraumes sofortige Besserung erfolgt sei.

Hartmann bestätigt die Beobachtungen des Vortragenden in allen Theilen.

Roller, Trier, erwähnt Fälle von irradiirten Neuralgien bei Nasenaffectionen.

Feller, Merzig, macht auf die Zustände aufmerksam, welche in ganz ähnlicher Weise ohne jede krankhafte Betheiligung des Nasenrachenraums und Ohrs bei jugendlichen Individuen in der Pubertätsperiode vorkommen, und fragt an, ob in jedem einzelnen Falle derartige Störungen der speciellen Sinnesapparate bemerkt wurden, was vom Redner für die von ihm beobachteten Fälle bejaht wird.

Rohrer, Zürich, wünscht, dass nicht die durch Nasenrachenaffection hervorgerufenen, in stupidem Wesen sich äussernden Einflüsse verwechselt werden mit psychischen Depressionszuständen im Pubertätsalter, die als Hebephremie bereits beschrieben sind (bestätigt im Uebrigen durch mehrere selbstbeobachtete Fälle).

Kuhn stellt die Ernährungsstörungen im Pubertätsalter bei diesen Affectionen in den Vordergrund und wird von Dr. Wolf in gleichem Sinne unterstützt.

Guye weist auf den momentanen Erfolg der localen Therapie hin. —

Jehn wünscht, den Vortrag von Prof. Guye in der psychiatrischen Section zu hören; und erwähnt noch die pathologisch-anatomischen Zeichen von Lymphstauung in den Ventrikeln bei sonst fehlendem macroscopischen Befund.

Kleudgen, Obernigk, findet den vom Vortragenden in Vorschlag gebrachten Namen als zu eng gefasst für den geschilderten Symptomencomplex, da es sich bei demselben nicht nur um einen Mangel resp. Verlust der Aufmerksamkeit, sondern um einen Ausfall, ein Darniederliegen einer ganzen Reihe von psychischen Leistungen handelt.

Guye, Amsterdam, betont, dass er gerade für das eine Symptom den Namen vorgeschlagen hat.

Digitized by Google

4. Truckenbrodt, Hamburg: Beschreibung von Accumulatoren und Demonstration von selbsconstruirten Hilfsapparaten zu denselben. L.

(Fortsetzung folgt.)

Zweiter Bericht von der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten des Commune-Hospitals. Von E. Schmiegelow. (Hospitalstidende, R. 3, Bd. 5, S. 512, 537, 561, 586, 607. 1887.) — Autorreferat.

Der Bericht umfasst 1100 Patienten (580 männl., 520 weibl.) mit 1397 Krankheitsfällen. Von operativen Eingriffen sind circa 300 vorgenommen (Entfernung von adenoiden Vegetationen, Tonsillotomie, Eröffnen des Processus mastoideus, galvanocaustische Eingriffe etc.). Einzelne Sachen sollen hervorgehoben werden.

Ohrenkrankheiten.

Angeborene gleichartige Deformität beider Ohren, wo der oberste Theil des Helix und Anthelix umgeklappt vorgefunden wurde. Unter Chloroformnarcose wurde die dorsale Fläche des Ohrlappens und ein entsprechendes Stück der Schläfegegend blutig gemacht; wonach Helix und Anthelix aufgeklappt und mit oberflächlichen und tieferen Suturen befestigt wurden. Resultat in kosmetischer Hinsicht gut.

Cystenbildungen hatten sich bei zwei männlichen Individuen im äusseren Ohre spontan entwickelt. Sie enthielten eine seröse Flüssigkeit und wurden durch Spaltung behandelt.

Verengerung des Ohrganges cicatricieller Natur, nach lange währender Mittelohrsuppuration, wurde 2 Mal, bei einem 10jährigen und bei einem 8jährigen Mädchen, gesehen. Wurden mit Laminariastiften ausgeblockt.

3 Fälle von Exostosen im äusseren Ohrgange wurden mit Galvanocauter behandelt.

Otitis media acuta non suppurativa 47 Fälle (30 m., 17 w.).

Otitis media acuta suppurativa 67 Mal (38 m., 29 w.). In 2 Fällen veranlassten sie die Entwickelung heftiger Mastoidalfälle, die durch locale Antiphlogose schwanden. In 1 Falle wurde die Entzündung durch so starke Mastoidalfälle complicirt, dass der Wilde'sche Schnitt nöthig wurde. Bei 2 Pat. war eine Resection des Proc. mastoideus indicirt und Heilung erfolgte. — 15 Mal wurde das Trommelfell paracentirt.

Otitis chronica non suppurativa 135 Mal (61 m., 74 w.).

Otitis media chronica suppurativa 182 Fälle (98 m., 84 w.). Die Perforation lag in 2 Fällen in der Skropnell'schen Membran.

Caries im Mittelohr wurde in 34 Fällen durch directe Sondirung gefunden. 6 Mal wurde die cariöse Parthie unter Chloroformnarcose mit scharfem Löffel weggenommen.

Cariöse Leiden im Proc. mastoideus wurden 12 Mal gefunden und indicirten 11 Mal operativen Eingriff.

Krankheiten im Labyrinth und Nerv. acust. 45 Patienten (28 m. und 17 w.). Bei 14 Patienten war das Leiden im Labyrinthe durch Syphilis bedingt und entwickelte sich theils während der früheren

Digitized by Google

secundären Formen der Syphilis (9 Mal), theils, nachdem 2 bis mehr Jahre nach der primären Infection vergangen waren (5 Mal). Bei 11 Patienten fehlte eine bestimmte Anamnese; 1 Pat. litt an Leukämie.

Nasenkrankheiten: 215 Fälle (97 männl., 118 weibl.).

29 Individuen, die an Excoriationis narium litten, in den meisten Fällen durch immer recidivirende Furunculose der Talgdrüsen bedingt, genasen schnell und für immer durch die Anwendung von „Sublimattampons". Wo sie als Ausdruck eczematöser Veränderungen der Haut anzusehen waren, wurden die Tampons mit Ungt. diachyli c. Oloe vaselini bestrichen in die Nares eingeführt.

Perichondritis septi nasi. — Zwei Mal gesehen, Beide waren 19jährige Männer. In dem einen Falle entwickelte sich die Krankheit spontan im Laufe von 8 Tagen und der Abscess wurde durch Incision entleert. In dem anderen Falle war ein Faustschlag die directe Ursache. Eine galvanocaustische Punktur der Cystenwand beendigte die Sache.

Empyema antri Highmori. 6 Mal gesehen (4 m., 2 w.). Sie hatten sich alle durch einen einseitigen purulenten Ausfluss aus der Nase gekennzeichnet. In einigen Fällen war zugleich eine geringe Empfindlichkeit der Fossa camina vorhanden, ab und zu Kopfschmerzen. Als Ursache dieses Leidens konnten periostitische Processe rings um die Zahnwurzeln der oberen Backenzähne betrachtet werden. Sie wurden alle mittelst Durchbohrung des Processus alveolaris und Einlegung einer Silbercanüle behandelt, indem die Patienten selbst die Durchspülung der Highmorshöhle mit einer schwachen Kochsalzlösung mehrmals täglich vornahmen. Das Durchbohren des Knochens geschah schmerzlos nach einer submucösen Einspritzung von 2 Centigramm chloret. Cocaini in Sulcus alveolo-labriolis.

Rhinitis chronica 90 Fälle (43 m., 47 w.). 12 Mal von profuser Epistaxis begleitet, und jedesmal war es die Nasenblutung allein, die die Patienten zu der Klinik hintrieb. Die Epistaxis war oft so stark, dass die Patienten ohnmächtig wurden. Immer war die Schleimhaut des knorpeligen Septums die Ausgangsstelle, und nach einer Behandlung der blutenden Stelle mit Galvanocauter oder Chromsäure sistirte die Blutung sofort.

Bei 6 Patienten wurde Asthma bronchiale gesehen. Bei einem von diesen wurde durch Aetzung der Schleimhaut der knorpeligen Scheidewand mit Chromsäure eine Ataxie hervorgerufen.

In 2 Fällen ist der Verlauf nicht notirt, in den 4 übrigen wurde das Asthma durch eine rhino-chirurgische Behandlung bei 1 gebessert, bei 3 geheilt. Nieskrämpfe wurden bei 5 Patienten gesehen und geheilt. Vasomotorische Reflexneurosen (plötzliches Anschwellen der äusseren Nase, die roth und glänzend wurde) wurden bei 4 Patienten gefunden. Kopfschmerzen waren ein hervortretendes Symptom bei 9 Patienten, typische Supraorbitalneuralgien bei 2, Kitzelhusten bei 5 Patienten.

Neoplasmen 34 Fälle (17 m., 17 w.). Davon 25 Mal Schleimpolypen, 8 Mal Lupus nasi (alle weibliche Individuen), 1 Carcinom (?). Von den Schleimpolypen ist zu bemerken, dass 2 von dem Septum ent-

Digitized by Google

sprangen, 10 waren mit Kopfschmerzen, 8 mit Asthma complicirt. Unter diesen ist das Resultat der Behandlung bei 3 nicht notirt. In 2 Fällen wurde das Asthma gebessert, in 3 Fällen geheilt (davon ein späteres Recidiv). Supraorbitalneuralgie 2 Mal, Kitzelhusten 3 Mal.

Syphilis der Nase 21 Mal (7 m., 14 w.), nur tertiäre Formen, 4 Mal war sie congenital. Die congenitale Nasensyphilis tritt später auf, was sehr leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung giebt. So wurde von diesen 4 Patienten ein 17jähr. Mädchen von anderen Aerzten als „lupös" angesehen und behandelt. In dem zweiten Falle traten die congenitalen syphilitischen Nasensymptome im 20., im dritten Falle im 16. und im vierten Falle im 10. Lebensjahre auf.

Schlundkrankheiten: 374 Fälle (181 männliche, 193 weibliche).

Congenitaler Defect des rechten vorderen Gaumenbogens wurde bei einem 26jährigen Manne beobachtet. Er wusste selbst gar nichts davon.

Herpes pharyngis entwickelte sich bei einem 15jährigen Mädchen während starker Febritis und Schmerzen im Halse.

Pharyngitis chronica: 120 Individuen (61 männliche, 59 weibliche). 3 Mal Suppuration in der Bursa pharyngea. Nach Aetzung der Wandungen der Bursa mit Chromsäure verschwanden die Symptome. Bei 21 männlichen und 28 weiblichen wurde Tonsillitis hypertrophica getroffen. Es wurden 75 Tonsillotomien gemacht.

Adenoide Vegetationen wurden bei 119 Patienten (also circa 39 pCt. aller Schlundkrankheiten) gefunden. In Bezug auf das Alter giebt die Tabelle folgendes Resultat:

Alter.	Männlich.	Weiblich.	Zusammen.
1— 5 Jahre	8	7	15
6—10 „	27	28	55
11—15 „	11	18	29
16—20 „	5	7	12
21—25 „	2	2	4
26—30 „	—	1	1
über 31 „	1	2	3
Zusammen	54	65	119

Was die Bedeutung der Vegetationen für Ohrenkrankheiten anbelangt, zeigte es sich, dass von den 119 Patienten die Ohren in 100 Fällen afficirt waren, was etwa 84 pCt. beträgt. Bei 2 Pat. hatten die aden. Vegetationen bedeutende asthmatische Symptome, welche mit dem Entfernen der Vegetationen geheilt wurden, hervorgerufen. Die Vegetationen wurden alle mit Zange von der Mundhöhle aus entfernt.

Neoplasmen im Schlunde wurden 7 Mal (5 m., 2 w.) getroffen. Es waren 2 Carcinome und 5 fibröse Nasenrachenraumtumoren. Die Carcinome wurden bei einer 49jährigen Frau und einem 72jährigen Manne beobachtet. In dem ersten Falle wurde vom Oberarzt Juersen Exstirpation vom Larynx und dem untersten Theile des Pharynx gemacht; sie starb einen Monat später. In dem andern Falle, wo das Carcinom sich von der Basis cranii bis Epiglottis streckte, wurde eine partielle

Digitized by Google

Exstirpation der Geschwulst und wegen Erstickungsanfälle Tracheotomie gemacht (Prof. Studsgaard). Späteres Schicksal unbekannt.

Was die Nasenrachenfibrome anbelangt, sassen sie in 4 Fällen in dem obersten Theile des Nasenrachenraumes, entweder von dem Dache oder vom Processus pterygoideus des Flügelbeines entspringend, und wurden mittelst galvanocaustischen Messers oder galvanocaustischen Schlingenschnürers entfernt. Ein Fall, der recidivirte, ist noch unter Behandlung. Bei dem 5. Falle handelte es sich um ein sehr grosses Fibrom, das mit einer breiten Basis an die Vorderfläche der 3 obersten Halswirbel und die Basis cranii geheftet war. Es hatte sich in diesem Falle eine so hochgradige Anämie entwickelt, dass Pat. sich nicht aufrecht halten konnte, so dass man vorläufig von einer radicalen Operation abstehen musste. Electrolyse wäre wohl das einzige anzuwendende Mittel gewesen. — Später aus der Clinik verschwunden.

Syphilis: 45 Pat. (18 m., 27 w.). Von diesen waren 28 Fälle (12 m., 16 w.) secundäre, 17 (6 m., 11 w.) tertiäre. Unter den tertiären Fällen waren 4 congenitale. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass die congenitale tertiäre Schlundsyphilis im Allgemeinen sehr spät auftritt. Von den 4 Fällen war der eine 10 Jahre, die übrigen 20 resp. 16 und 23 Jahre alt.

Von den 17 Fällen von tertiärer Syphilis im Schlunde hatte sich bei 7 eine partielle oder totale Zusammenwachsung zwischen dem weichen Gaumen und der hinteren Wand des Schlundes entwickelt. Bei einer Frau, 52 Jahre alt, wo sich eine gummöse Ulceration am Radix lingua befand, wurde die Krankheit Anfangs wegen fehlender Anamnese mit einem Carcinom verwechselt, und nur das prompte Verschwinden der Ulceration nach einer Jodkalicur erhellte die Sache.

Kehlkopfkrankheiten: 129 Fälle (82 männl., 47 weibl.).

Laryngitis tuberculosa 29 Pat. (24 m., 5 w.). Von diesen hatte sich in 2 Fällen eine tuberculöse Arthritis der Articulation zwischen Cart. cricoidea und arytaenoidea entwickelt. Milchsäurepinselungen hatten in vielen Fällen eine sehr günstige Einwirkung auf die localen Symptome gehabt, und mehrmals haben wir Heilung der Ulcerationen gesehen.

L. syphilitica 10 Mal (6 m., 4 w.), 6 secundäre, 4 tertiäre Fälle. Von den letzteren ist ein Fall, wo sich als einzigstes Symptom eine gummöse Infiltration auf dem linken Stimmbande entwickelt hatte. Die Infiltration schwand durch den Gebrauch von Jodkali.

Neoplasmen im Kehlkopfe wurden 9 Mal gesehen. 2 von diesen waren carcinomatöse. Von den übrigen Fällen ist zu bemerken, dass bei einem 3jährigen Mädchen Tracheotomie wegen stenotischer Anfälle gemacht werden musste, und nachher wurde Laryngofissur gemacht, um die Papillome zu entfernen. — Recidiv.

Neurosen, 8 Fälle von Adductoren-Paralyse bei hysterischen Individuen. Bei einem 23jährigen Manne war der linke N. recurrens vollständig gelähmt (das Stimmband stand unbeweglich in der Positio cadaverosa), die Ursache war wahrscheinlich eine Aneurysma Aortae. Ein Carcinoma oesophagi hatte eine vollständige Paralyse der Adductoren hervorgebracht. Bei einem Syphilitiker war die Adductas musculatus

Digitized by Google

des linken Stimmbandes gelähmt. Leider fehlen hier weitere Angaben, und der Pat. wurde nur einmal gesehen.

Von den Oesophagus-Krankheiten ist hervorzuheben, dass wieder (siehe erster Bericht, Centralblatt II. Jahrg., 1886, pag. 45) ein Fall von „Strictura simplex oesophagi" gesehen wurde, bei einer 37jährigen Frau, die immer Schwierigkeiten beim Schlucken gehabt hatte. Sie war wohlgenährt; aber ein Oliv (Filûre No. 29) geht sehr schwierig durch, und die Wand des Oesophagus wird straff an dem Oliv anschliessend den ganzen Weg vom Pharynx bis Cardia gefühlt.

Bei einem 20jährigen Mädchen, das lange getrunken hatte, wurde mittelst eines Oesophagotoms Oesophagotomia interna gemacht, um eine Strictur zu spalten, aber ohne Resultat, es musste später Oesophagotomia externa (Iversen) gemacht werden.

Die Anwendung des Jodol bei eitrigen Mittelohrentzündungen. Von de Ignatz Purjesz. (Orvosi Hetilap 1887, No. 34).

V. hat mit dem Jodol bei acuten und chronischen Mittelohrentzündungen in 18 Fällen Versuche angestellt. Die Anwendung erfolgte ausschliesslich in Pulverform täglich ein Mal. Resumé: 1) Das Jodol verursacht trotz seiner mässig ätzenden Wirkung keine Schmerzhaftigkeit und wird von den Kranken gut vertragen. 2) Bei eitrigen Mittelohrentzündungen, namentlich im Anfangsstadium der Erkrankung, sistirt es die Eiterbildung oft schon nach wenigen Tagen; dasselbe Resultat bringt es auch in chronischen Fällen hervor. L.

Branchialcyste, oberhalb der rechten Ohrmuschel sitzend. (Kyste branchial siégeant audessus du pavillon de l'oreille droite.) Von Dr. Chapotot. (Lyon médical 1886, No. 19, und Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie 1887, No. 8.)

Eine 29jährige Frau hatte bei ihrer ersten Schwangerschaft vor 10 Jahren über dem rechten Ohre einen kleinen Tumor entstehen sehen; nach zwei folgenden Wochenbetten war der Tumor gewachsen; Stillstand seit 6 Jahren. Fluctuirender, mit der Haut nicht verwachsener, in seinem grössten Durchmesser 4 Centimeter grosser, mit der Tiefe verwachsener Tumor. Die Diagnose lautete auf Dermoidcyste, da man bei dem ausserordentlichen Sitze nicht an Branchialcyste dachte. Dr. P. K.

---

b) Rhinologische:

Ueber Nasenschwindel. (Le vertige nasal.) Von Dr. Joal. (Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 7.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von 9 Fällen von Nasenschwindel. Bei allen diesen Fällen konnte der Schwindel weder von Magen- noch von Ohrenleiden erklärt werden; die Heilung bestätigte übrigens das ursächliche Nasalleiden. Der Nasenschwindel ist eine Reflexerscheinung, von den Nervenendigungen des Trigeminus ausgehend, welche über das Ganglion Meckelii zu den Nervencentren gehen, dort eine partielle Anaemie und dann eine localisirte Contraction der Vasomotoren hervorrufen.

Digitized by Google

Nasencongestionen, acuter Schnupfen, chronische Nasenentzündung, Schleimpolypen, Nasenrachencatarrh können diesen Schwindel hervorrufen. Die Anfälle sind verschieden lang, treten in unbestimmten Anfällen auf, sind sogenannte „Rundschwindel", führen selten zur Ohnmacht und sind mehr weniger von Cephalalgie, Migraine, Uebelkeit, Erbrechen, Hypochondrie etc. begleitet. Die Behandlung besteht natürlich in Behandlung der ursächlichen Nasenkrankheiten. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den durch Nasenleiden hervorgebraohten Reflexneurosen. (Contribution à l'étude des névroses reflexes déterminées par les affections nasales.) Von Dr. de Gennaro. (Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 1.)

Verf. giebt zwei eclatante Fälle von durch Nasenleiden hervorgerufenen Reflexneurosen. Bei Besprechung der Theorien über das Entstehen der Reflexneurosen theilt er die Autoren in zwei Gruppen: 1) Diejenigen, welche eine bestimmte Zone in der Nase annehmen (Baratoux, Hack, Hering, Brebion), 2) die, welche die ganze Nasenschleimhaut als Reflexherd ansehen (Lublinski, William, Heymann, Kratschmer, Rossbach). Verf. nimmt mit Rossbach an, dass „in allen Fällen ohne Ausnahme ein hysterischer oder neurasthenischer Allgemeinzustand bestehen müsse". Dr. P. K.

Ein neuer Fall von Myasis. (Nouveau cas de Myasis; μυια Fliege.) Von Dr. Antonio Caréaga. (Gazeta medica de Mejico, Mars 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 1.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines Patienten, wo Fliegenlarven im Nasenrachenraume die Uvula und den ganzen weichen Gaumen, mit Ausnahme der Arcus, weggefressen hatten; das Insect heisst Lucilia hominivora; Herrera, ein französischer Arzt, hat dieselbe Myasis bei einem französischen Soldaten in Orizaba mit denselben Zerstörungen gesehen. Dr. Cordero erzählt, dass auf der Küste von Vera Cruz die Fälle von Myasis sehr häufig seien und dass sie besonders häufig bei den Schafen beobachtet würden. Dr. P. K.

Empyema antri Highmori cum Blennorrhoea nasi. Von Finne in Christiania. (Forhandlinger i det medicinske Selskab 1887, pag. 75, ref. in Norsk Magazin for Lagevidenskaben, Juli 1887)

Verf. giebt eine Uebersicht der Nasenblennorrhoe und theilt einen Fall von Empyem im Antr. Highmori mit, nach der Methode von Mikulicz behandelt. Schmiegelow.

Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi. Von Dr. Krieg in Stuttgart. (Medic. Correspond.-Blatt des Würtemberg. ärztl. Landesvereins No. 26 u. 27, 1886.)

Verf. geht zunächst die Ursachen des Leidens durch. Trauma wird meist beschuldigt, aber meist nicht nachweisbar. Der Sitz ist meistens in der vorderen Hälfte des Septum. Er theilt die Verkrümmungen ein: 1) in seitliche Ausbuchtungen der Scheidewand-Platte, 2) in seitlich

Digitized by Google

abgewichene Vorragung des vorderen unteren Randes, 3) in Verdickungen, Leisten, Geschwülste, und setzt aber voraus, dass diese drei Arten in allen Mischungen nicht nur vorkommen können, sondern in der That meist combinirt auftreten. Die Randvorragungen seien durch einfache Resection, die Verdickungen, Leisten und Geschwülste durch Abstemmen mit dem Meissel oder durch Galvanocaustik zu operiren, während er zur Beseitigung der Scoliose die Resection der Cartilago quadrang. septi, in der Form eines Fensters, für das rationellste Vorgehen halte.

Wir wollen einfach sein Verfahren an einer Krankengeschichte, die er mittheilt, veranschaulichen und nur im Allgemeinen bemerken, dass in den 9 mitgetheilten Krankengeschichten nur in einem Falle die Dauer der Operation ½ Stunde betrug, in den andern 1—2½ Stunden Fall 5: Bauer R., 34 Jahre alt, Nasenspitze steht rechts von der Medianlinie, der rechte Nasenflügel tiefer als der linke, das rechte Nasenloch ist enger als das linke und ganz ausgefüllt durch die Ausbuchtung der Cartilago quadrangularis; deren unterer vorderer Rand ragt frei in die linke Nasenhöhle vor. Operation unter 20procentiger Cocainanästhesie. Schnitt durch Mucosa parallel dem Septum mobile, entsprechend dessen Verbindung mit der Cartilag. quadrang., der zweite parallel dem Dorsum nasi, der dritte entlang dem hinteren unteren Knorpelrande. Abpräpariren der Mucosa, Abschneiden, dann diese Schnittführung durch den Knorpel, dessen Abhebelung von dem Involucrum der weiten Seite. Verschmälerung jener Basis soviel wie möglich durch Scheere. Vollends Abreissen mit Kornzange. Mit dieser und mit der Schneidezange Septum noch weiter rückwärts entfernt, weil Luftdurchgang noch nicht genügend. Schleimhautfetzen entfernt. Grösstes Knorpelstück 2,5 Cm. tief und 1,5 Cm. hoch, ausserdem noch kleinere 6 Stücke. Alle Knorpelstücke zusammen bedecken eine Fläche von 4 × 1,5 Cm. Wunde 5 Cm. tief vom Orific. nasi ext. an gerechnet. Blutung recht mässig. Dauer 2 Stunden. Bedeckung der Wunde mit Jodoformgaze und Entlassung des Patienten in seine Heimath. Letzte Nachricht mit Augenschein vom 15. August (am 3. August operirt). Patient „kann rechts für zwei schnaufen". Etwa 1 Cm. hinter der Nasenmündung in dem Involucrum eine 2 Mm. grosse Perforation mit ziemlich vernarbtem Rande.

Das Verfahren scheint ja sicher Luft in der betreffenden Nasenhöhle zu machen, aber sollte es nicht ein einfacheres geben, das nicht 1 bis 2½ Stunden dauert? V.

Fibrosaroom der Nasenscheidewand. Operation. Heilung. Microscopische Untersuchung. (Fibrosarcome de la closion des fosses nasales. Opération. Guérison. Examen histologique.) Von R. Calmettes und H. Chatellier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1887, No. 3.)

Eine 30jähr. Frau wurde mit Erfolg von einem linksseitigen Nasensarcom mittelst der galvanocaustischen Schlinge operirt. Keine Recidive. Die microscopische Untersuchung ergab ein Fibrosarcom. Es stimmte mit den classischen Beschreibungen überein, nämlich: es stammte von der Nasenscheidewand, kam bei einer Frau vor und hatte sich durch Nasenbluten gekennzeichnet. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber einen harten Schanker der rechten Nasenhöhle. (Sur un cas de chancre induré de la fosse nasale droite.) Von Dr. E. J. Moure. (Société française d'otologie et de laryngologie, Avril 1887, und Revue mensuelle de laryng. 1887, No. 7.)

Harte Schanker der Nasenhöhle sind selten; der erste authentische Fall ist der von Spencer Watson, wo eine Amme von ihrem syphilitischen Säugling angesteckt wurde. Verf. giebt die Krankengeschichte eines ähnlichen Falles bei einem Metzger. Bei der Diagnose kann es sich blos um Sarcom oder Schanker handeln; bei letzterem kommt die Drüsenanschwellung von Anbeginn und sind die Wucherungen nicht so grossartig, wie beim Sarcom; die Behandlung giebt übrigens den Ausschlag.

Dr. P. K.

Rhinoplastik durch Bildung eines Hautlappens vom Vorderarm. (Rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant bras.) Von Dr. Le Bec. (Gazette des hôpitaux, Septbr. 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 1.)

Eine 52jährige Patientin hatte eine Nasenelephantiasis. Le Bec amputirte selbe und nähte einen aus dem Vorderarm entnommenen Hautlappen an die Wundstellen; die Scheidewand nebst der rechten Nasenhälfte gelangen vorzüglich, während die linke Seite des Lappens kalt wurde, sich theilweise abstiess und so eine Entstellung bewirkte.

Dr. P. K.

Ueber die Rhinoplastik auf einem prothetischen Apparat. (De la rhinoplastie sur l'appareil prothétique.) Von Dr. Poncet. (Progrès médical, Octobre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 1.)

Ein künstliches Nasengerüste zum Halten des Hautlappens bei Rhinoplastik wurde zuerst von Dr. Martin construirt. Poncet schlägt vor, einen Apparat aus Platin herzustellen und denselben bleibend beizubehalten; dieser künstliche Apparat mache Operationen möglich, welche die Chirurgie bisher nicht im Stande war, auszuführen. Dr. P. K.

Tumor des Nasenrückens. (Tumeur du dos du nez.) Von Dr. Gruget. (Gaz. méd. de Nantes 1887, No. 6, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1887, No. 6.)

Angeborene, bei einem 8 Tage alten Kinde exstirpirte Geschwulst. Selbe war durch einen Theil der Nasenscheidewand und durch Haut gebildet, welche Theile bei der Entwickelung des Embryo durch die Vereinigung der zwei Gesichtshälften gefasst worden waren.

Dr. P. K.

Ein Fall von Nasenstein. (Un cas de rhinolithe.) Von Dr. A. Clay. (The Brit. Med. Journal, Februar 1887, und Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie 1887, No. 8.)

Ein 47jähriger Patient klagte über fortwährende Kopfschmerzen; die betreffende Nasenhälfte war bedeutend ausgedehnt; das Centrum des Steines war durch einen Kirschkern gebildet. Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Behandlung der acuten Amygdalitis. (Contributions à la thérapeutique des amygdalites aigues.) Von Dr. Lebrun. (La clinique 1887, No. 2, und Revue mens. de laryngologie 1887, No. 6.)

Gargarisma mit Acid. boracic. und Bepinselungen mit Collodium jodoformatum. Dr. P. K.

Lupus des Pharynx. (Lupus de la gorge.) Von Dr. Ramon de la Sota y Castra. (Wikly med. Review, Juni 1886, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1887, No. 4.)

V. bespricht einen von ihm beobachteten Fall von Lupus, den er Anfangs für Syphilis, dann für Epithelioma und dann erst für Lupus hielt. Die Diagnose ist in allen Fällen schwer. Dr. P. K.

Chondrom der Parotis, in den Pharynx hineinragend. Exstirpation durch den Mund. (Chondrome parotidien faisant saillie dans le pharynx, exstirpation par la bouche.) Von Dr. Périer. (Société de chirurgie, Mai 1886, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1887, No. 6.)

Bei einem 28jährigen Manne wurde eine Mandel exstirpirt. Nach einigen Jahren hatte der Tumor den ganzen Pharynx eingenommen und brachte Schling- nebst Respirationsbeschwerden. Die Operation wurde bei herabhängendem Kopfe mit dem Thermocauter gemacht und wurde als ein von der Parotis ausgehendes Chondrom erkannt. Dr. P. K.

Zwei merkwürdige totale Verwachsungen des Gaumensegels mit dem Pharynx. (Deux remarquables cas d'adhérence du voile du palais avec le pharynx.) Von Dr. T. Cardone. (Rivista clinica dell' Universita di Napoli, Februar 1887 und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 7.)

2 Fälle von totaler Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand in Folge von Syphilis; die Operation gelingt jedesmal nur theilweise und muss oft wiederholt werden. Diese Verwachsungen sind am besten zu vermeiden, wenn die Heilung der Gummata vor sich geht. Dr. P. K.

Fünf Fälle von entwickelten Arterien, mit blossem Auge an der hintern Pharynxwand sichtbar, nebst Bemerkungen. (Cinq cas d'artères volumineuses visibles à l'oeil nu et pulsatiles de la paroi postérieure du pharynx, avec remarques.) Von Dr. John W. Farlow. (Annales des maladies de l'oreille etc., Februar 1887.)

Verf. glaubt, dass sämmtliche Arterien zu der Pharyngea ascendens gehörten, weil man selbe in der Höhe des Constrictor superior sah und ihr Verlauf ein senkrechter war; sie waren desto leichter zu sehen, weil Atrophie der Mucosa bestand. Diese Anomalie ist wichtig, wenn es sich um Eröffnung retro-pharyngealer Abscesse handelt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Unterbindung der Carotis communis, angestochen durch eine Fischgräte, welche den Pharynx durchbohrt hatte. (Un cas de ligature de la carotide primitive, ulcérée par une arète de poisson qui avait perforé le pharynx.) Von Dr. Walter Revington. (Brit. med. Journal, Octobre 1886, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1887.)

Ein 9jähriges Kind hat seit 6 Tagen eine Fischgräte verschluckt. Fieber, Spannung des Halses, Speichelfluss, Oedem des oberen Augenlides, schmerzhafter Tumor links in der Höhe der Cartil. cricoidea, Dysphagie, 120 Athemzüge, 2 Blutungen aus dem Mund in dem Verlauf von 9 Tagen. Die Diagnose wurde gleich richtig gestellt. Die sehr schwer auszuführende doppelte Unterbindung der Carotis erlaubte zwar die Gräte in einem Blutgerinnsel zu finden, aber das Kind erlag 10 Tage nach der Operation. Die Operation ist in solchen Fällen das einzige Mittel, Sondirung und Explorationsversuche sind schädlich.

Dr. P. K.

Ueber einen neuen Apparat, um aus Wasserstoffsuperoxyd einen Ozonspray zu erzeugen. (Dioxide of Hydrogen. Its Administration in the Form of Ozonized Vapor in the Treatment of Diphtheria and Diseases of Pharynx, Naso-Pharynx, Larynx, Nose, Pulmonary and Bronchial-Affections.) Von J. Mount Bleyer in New-York. (Med. Record, 13. August 1887.)

Auf dem Boden der rundlichen Flasche, in welcher der Sprayapparat eingeschlossen ist, befindet sich eine Mischung von Glycerin und 15 Vol. Wasserstoffsuperoxydlösung, und zwar 1 Theil Glycerin auf 4 Theile der Lösung. Die Zersetzung des Wasserstoffsuperoxyds in Wasser und freies Ozon wird auf mechanische Weise bewerkstelligt durch das Anprallen des Sprays gegen die Wand des Gefässes. Es befinden sich keine metallischen Bestandtheile am Apparat, denn solche würden durch das Ozon stark angegriffen werden. Wasserstoffsuperoxyd darf nicht einer Temperatur über 36° C. ausgesetzt werden.

Verf. hat den Ozonsprayapparat mit günstigem Erfolge bei Tonsillitis, Keuchhusten, chronischer Bronchitis, Croup, Phthise und besonders in einer langen Reihe von Fällen von Diphtherie, bei welchen er auch die O'Dwyer'sche Intubation ausführte, in Anwendung gezogen.

A. Sch. (N.-Y.)

Epiglottisverlust nach Diphtherie. (Perte de l'épiglotte consécutive à la diphthérie.) Von Dr. Berentsen. (Revue internationale des sciences médicales und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1887.)

Bei einem homöopathisch behandelten Diphtheritiskranken war der hintere linke Gaumenbogen sowie der freie Rand der Epiglottis weggefressen. Nach 6wöchentlicher Behandlung mit Argentum nitric. und Jodoformeinblasungen trat Heilung ein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Acute Herzdilatation und körnige Degeneration der Herzmusculatur in der Reconvalescenz nach Rachendiphtheritis. Von Grön in Christiania. (Akut Hjertedilatation og kornet Degeneration of Hjertemuskulaturen i Rekonvalescensen efter Svalgdifterit.) (Norsk Magazin for Laeger 1887, pag. 640.)

Gestützt auf mehrere clinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen giebt der Verfasser eine genaue Beschreibung dieser todtbringenden Complication der Diphtheritis. In den Lazarethen in Christiania wurden in 1¼ Jahren ca. 1800 Diphtheritis-Patienten behandelt; unter diesen kamen zwischen 3—400 Todesfälle vor, und als Todesursache wurde Herzparalyse 20—25 Mal gesehen.

Schmiegelow.

Einige Bemerkungen über einen Fall von Laryngitis haemorrhagica. (Quelques remarques sur un cas de laryngite hémorrhagique.) Von Dr. Garel. (Société française de laryngologie, séance du 13. Avril 1887 und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No 5.)

Die strenge Definition ist folgende: Erscheinen einer Blutung auf der Laryngealschleimhaut ohne Ulceration oder Zerreissung der Mucosa. Ein 55jähriger Geistlicher, haemophytisch belastet, oft an Rheuma leidend, Insufficienz der Mitralis, bekommt Blutspeien mit Athemnoth. Der Spiegel zeigt deutliche Blutcoagula, den freien Stimmbandrändern anhaftend, und das Annähern d. h. die Function der Stimmbänder hindernde Blutcoagula; Stimmbänder selbst kaum geröthet; Patient ging an seinem Herzfehler zu Grunde.

Man hat Unrecht, bei der Lar. haemorrhagica eine Anstrengung als Ursache anzunehmen; es muss eine Anlage vorhanden sein und dann kommt die Lar. haemorrh. im Ruhezustand; die Recidive ist an der Tagesordnung; das Laryngoscop allein giebt die Diagnose. Blutungen in die Tiefe des Gewebes der Larynxschleimhaut sind seltener, ernster und erheischen oft die Tracheotomie. Man soll nie local interveniren, leicht adstringirende Inhalationen genügen. Dr. P. K.

Blutegel im Larynx. (Sangsues en larynx.) Von Dr. Maissuriauz. (Revue internationale des sciences méd. 1887, No. 1 und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 5).

Ein Bauer hatte Wasser aus einer undurchsichtigen Tasse getrunken und bekam bald nachher Athemnoth, Husten, Heiserkeit und Blutspeien. Das Laryngoscop zeigte einen Blutegel im linken Morgagni'schen Ventrikel, welcher durch die Cricotracheotomie entfernt wurde.

Ein 16jähriger Knabe hatte Sumpfwasser getrunken und 2 Blutegel verschluckt; den einen konnte er noch rechtzeitig durch den Mund entfernen, der andere musste mittelst Cocain und Pincette aus dem Larynx entfernt werden. Dr. P. K.

Bemerkungen über den späten Einfluss der Masern auf den Larynx. (Note sur les déterminations tardives de la rougeole sur le larynx.) Von Dr. Barbier. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Décembre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 5, 1887.)

Der Einfluss kann oft spät eintreten, gefährlich sein und wird dann

Digitized by Google

oft mit Croup verwechselt. Ausser dem Prodromalcatarrh, welcher dem Catarrh der Augenconjunctiva und der Nase entspricht, muss man den eruptiven, dem Exanthem entsprechenden und viel ernsteren Catarrh berücksichtigen; die dabei auftretenden Mundaphten sind nach West und Archambault als Ausdruck der Diphtheritis anzusehen. Die schweren Laryngitiden bei Masern haben folgende Merkmale: langsames Entstehen, pfeifendes Inspirium, seltene Erstickungsanfälle, Crouphusten, manchmal Schmerz bei Druck. Die Tracheotomie kann nöthig werden; Prognose besser als bei postmorbillärem Croup. Dr. P. K.

Ueber die Hauptnachtheile der O'Dwyer'schen Intubation des Kehlkopfes. (A Study of the Principal Objectionable Features of Intubation.) Von Charles E. Sajous in Philadelphia. (Verhandl. der Americ. Laryng. Association, 1887. — N.-Y. med. Journal, 23. Juli 1887.)

Die Hauptnachtheile der Intubation nach O'Dwyer sind: 1) Verstopfung des Rohrs durch Membranfetzen. 2) Können durch das Rohr bei der Einführung Pseudomembranen abgelöst und aufgerollt werden. 3) Durch das Rohr gelangen leicht Speisetheile in die Trachea, welcher Umstand die Ernährung stark beeinträchtigt. 4) Der vollkommene Luftabschluss bei der Einführung des Rohrs, welcher Shock verursachen kann. 5) Das Rohr kann leicht ausgehustet werden oder in die Trachea schlüpfen.

Um diese Nachtheile zu vermeiden, schlägt S. vor, statt der schweren O'Dwyer'schen Canüle ein von ihm aus dünnem Metall construirtes zweiblättriges Speculum einzuführen, dessen Charnier etwa ½ Zoll unterhalb der Stimmbänder zu liegen kommen würde. Zwei seitliche Hervorwölbungen passen in die Morgagni'schen Ventrikel. Die Länge dieses Instruments ist geringer als das der O'Dwyer'schen Canüle. Zur Zeit der Veröffentlichung des Artikels hatte S. noch nicht Gelegenheit gehabt, es bei Kranken in Anwendung zu ziehen.

S. bildet auch eine neue Trachealzange zur Entfernung von obstruirenden Membranen ab, welche einen gedeckten, biegsamen, metallischen Stiel besitzt. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber Intubation des Kehlkopfes. (Intubation of the Larynx.) Von E. Fletcher Ingals in Chicago. (Verhandl. der American. Laryng. Association, 1887. — N.-Y. med. Journal, 2. und 9. Juli 1887.)

Verf. stellt aus veröffentlichten Berichten und einer Anzahl Privatmittheilungen 514 Fälle zusammen, in welchen die O'Dwyer'sche Intubation des Kehlkopfes wegen diphtheritischer Stenose ausgeführt wurde, und von welchen 134, also 26,07 pCt. genasen. Die Vortheile dieser Methode gegenüber der Tracheotomie überwiegen ihre geringen Nachtheile bei Weitem. J. betont die Nothwendigkeit, flüssige Nahrung zu verbieten.

A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Beitrag zur Behandlung der Tracheostenosen nach vollführter Tracheotomie; Catheterismus. (Contribution au traitement des laryngosténoses après la trachéotomie, par le cathétérisme.) Von Dr. Malfilatre. (Thèse de Paris 1882, No. 332, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 3.)

Verf. giebt die Geschichte und genaue Beschreibung der verschiedenen Arten von Behandlung der Larynx- und Trachealstenosen und beschreibt 5 Fälle, von denen 2 geheilt und 3 gebessert wurden.

Dr. P. K.

Schnell ausgeführte Tracheotomie. (Trachéotomie d'urgence.) Von Dr. Nuvoli. (La Riforma Medica, Septembre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1887.)

Verf. erzählt einen Fall von schnell ausgeführter Tracheotomie, wobei er sich des Messers allein bediente, ohne alle anderen Instrumente. Der in die Trachealwunde eingeführte Zeigefinger genügte, um der Luft Zugang zu verschaffen. Dr. P. K.

Ueber nach Tracheotomie erfolgende Mediastinitis. (De la médiastinite consécutive à la trachéotomie. Von Dr. Renon. (Gaz. hebdomad. de médécine et de chirurgie, 1886, No. 3 u. 4, und Annales des mal. de l'oreille etc., 1886, No. 12.)

Mediastinitis ist häufiger, als man gewöhnlich annimmt; sie ist die Todesursache in vielen Fällen, wo man über den Tod im Dunkeln war, namentlich in vielen von Trousseau als dunkel bezeichneten tödtlichen Ausgängen. Die zu tief ausgeführte Tracheotomie und der von der Canüle hervorgerufene Decubitus sind die beiden Ursachen. Sie kann acut sein und den Tod in 36 Stunden bringen; sie kann langsam entstehen und der Tod tritt nach 2—3 Wochen ein, nachdem vorher hartnäckige, erschöpfende Dysphagie bestanden hat; drittens kann der Tod durch Perforation des Eiters in die Lunge oder in die Pleura eintreten.

Dr. P. K.

Larynxtubage, um die Tracheotomie zu ersetzen. (Tubage du larynx pour remplacer la trachéotomie.) Von Dr. Waxham. (Journal of the Amer. Assoc., Juillet 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Verf. zählt auf 306 Fälle von Croup mit Operation 58 Heilungen, d. h. 18,95 pCt. Von 58 Croupfällen, mit Tubage behandelt, kamen 23, d. h. 27,71 pCt., davon. Dr. P. K.

Die Beziehungen des Kehlkopfs zu Lungenkrankheiten. (The relation of laryngeal to pulmonary diseases.) Von F. H. Bosworth, M. D., New-York. (New-York med. Journal, 18. October 1886.)

Acute Laryngitis sieht Verf. als ein Symptom der chronischen an, zum Zustandekommen der acuten ist das Vorhandensein einer chronischen Laryngitis nöthig. Die chronische Laryngitis, die nach Aussage aller

Digitized by Google

Collegen so schwer durch örtliche Mittel zu heilen ist, ist ein secundäres Symptom des Nasencatarrhs, verursacht durch Mundathmen bei Enge der Nase. Verf. hat in den letzten drei Jahren alle Fälle von chronischer Laryngitis durch Behandlung der Nase geheilt, topische Mittel im Kehlkopfe hat er dabei nur zur augenblicklichen Erleichterung angewendet.

Lungenerkrankungen können einen leichten Catarrh des Kehlkopfes hervorrufen, mehr durch Husten als durch krankhaftes Secret.

Auch bei der tuberculösen Erkrankung der Lunge ist der Einfluss des Secrets überschätzt worden, wenn man die relativ kleine Zahl der Erkrankungen des Kehlkopfes bei Phthisikern in Betracht zieht. Verf. sieht die Ablagerung von Tuberkeln im Kehlkopf mehr als ein neues Centrum der Erkrankung an. Dr. M. Schm.

Trachealtumor auf natürlichem Wege entfernt. (Tumeur trachéale extirpée par les voies naturelles.) Von Prof. O. Masini. (Riforma medica 1886, No. 275, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 3.)

Ein Fibromyxom, an der vorderen Seite der Trachealringe anheftend, trat während der Phonation zwischen die Stimmbänder; die Exstirpation gelang nach vorheriger Cocainisirung mittelst der Mackenzie-Schrötterschen Zange. Dr. P. K.

Larynxcysten. (Kystes du larynx.) Von Dr. Garel. (Société française de laryngologie et d'otologie, Séance du 15 Avril 1887, und Revue mensuelle de laryngol. 1887, No. 6)

Von den Larynxtumoren sind 25 pCt. Cysten; es sind congenitale Dermoidcysten, seröse oder Schleimcysten, Epidermiscysten oder Blutcysten; sie entstehen meistens aus verstopften Schleimdrüsen, welche sich entweder auf der oberen oder auf der unteren Stimmbandfläche nahe am freien Rande befinden, und namentlich am vorderen Dritttheil desselben (dem Vibrationsknoten von Klebs und Schnitzler). Fehlen von Husten und Auswurf bei bestehender Heiserkeit ist ausser dem Laryngoscop ein sicheres Zeichen. Die Operation ist einfach. Dr. P. K.

Adenoide Vegetationen. Von Schiötz in Christiania. (Forhandlinger i det medicinske Selskab 1887, pag. 89. — Norsk Magazin for Laeger 1887, August.)

Verf. pointirte die Hauptpunkte in der Pathologie und Therapie der adenoiden Vegetationen und hebt die grosse Bedeutung der Krankheit für das practische Leben hervor. Schmiegelow.

Zur Anatomie und Physiologie des Nervus recurrens. (The Anatomy and Physiology of the Recurrent Laryngeal Nerves.) Von Franklin H. Hooper in Boston. (Verhandl. der Americ. Laryng. Association, 1887. — N.-Y. med. Journal, 9., 16., 23. Juli und 6. August 1887.)

Verf. zieht aus Thierexperimenten folgende Schlüsse: 1) Der Recurrens ist ein rein motorischer Nerv. 2) Seine Wirkung auf die Glottis

Digitized by Google

ist bei verschiedenen Thierarten verschieden. 3) Beim Hunde bewirkt er Verschluss, bei der Katze jedoch Erweiterung der Stimmritze. 4) Beim Hunde kehren Schwefeläther und maximale Morphindosen das normale Verhältniss um, so dass die Glottis bei Reizung des Recurrens sich erweitert, statt sich zu verengern. 5) Diese „Aetherwirkung" ist variabel, je nach der individuellen Empfindlichkeit des Thieres, der angewandten Quantität des Narcoticums und der Intensität der Reizung. 6) Bei leichter Aethernarcose bewirkt Reizung des Recurrens beim Hunde a) Vibration und b) Verschluss der Glottis. Bei etwas tieferer Narcose werden je nach der Stärke des angewandten Reizes folgende Effecte ausgelöst: a) Vibration, b) vollständige Erweiterung, c) „combinirte Bewegung" (Rhomboidalform der Glottis), d) Verschluss. 7) Bei einer gewissen Anzahl von Hunden kann in tiefer Narcose durch keinerlei Stromstärke Verschluss der Glottis erzielt werden. 8) Mässige Gaben Chloralhydrat, Chloroform oder Morphin üben denselben Einfluss auf das Reizungsresultat aus, wie mässige Gaben Aether, nämlich a) Vibration und b) Verschluss. 9) Die „combinirte Bewegung" (s. oben unter 6.) wird bei Hunden manchmal auch durch andere Mittel als Aether ausgelöst. 10) Bei der Katze kehrt sich nach dem Tode die Ausschlagformel um. Während bei der lebenden Katze Reizung des Recurrens Erweiterung der Stimmritze bewirkt, erfolgt 5—20 Minuten nach dem Tode unter gleichen Umständen Verschluss derselben. A. Sch. (N.-Y.)

Weitere Versuche über die Function des Nervus recurrens. (Further Researches upon the Physiology of the Recurrent Laryngeal Nerve) Von Frank Donaldson in Baltimore. (Verhandl. der Amerikan. Laryng. Association. — N.-Y. med. Journal, 6. und 13 August 1887.)

Auf eine ausgedehnte Reihe von Thierversuchen gestützt, behauptet Verf. gegenüber Hooper in Boston, dass man eine Abduction des Stimmbandes auch ohne Aether bewirken kann, und dass der jeweilige Effect, ob Ab- oder Adduction, blos von der Stärke des angewandten Stromes abhänge, indem geringere Stromstärke Abduction, grössere hingegen Adduction bewerkstellige.

D. hat sich der Theorie Semon's angeschlossen, dass die Abductorfasern reizbarer sind und weniger Widerstandskraft besitzen als die Adductorfasern. A. Sch. (N.-Y.)

Ausgezogene Zähne in den Luftwegen. (De l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites.) Von L. H. Petit. (Union médicale No. 35, 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1887.)

Seit 8 Monaten war in die rechte Lunge ein Zahn gefallen und wurde durch Niesmittel (!) entfernt.

Ein Backzahn war ebenfalls in die rechte Lunge gefallen, Marshall machte fruchtlos im Saint-Thomas-Spital die Pneumotomie.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus, Laryngotomie, Tracheotomie, Heilung. (Corps étranger de l'oesophage, laryngotomie, trachéotomie,

Digitized by Google

guérison.) Von Dr. Christopher Heath. The Lancet, Août 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1887.)

Bei einem während des Essens plötzlich cyanotisch gewordenen Kinde machte man schnell die Laryngotomie wegen grosser Athemnoth; als diese nichts half, machte man die Tracheotomie und erhielt dabei die Cricoidea intact; es trat so Erleichterung ein. Man chloroformirte nun das Kind, untersuchte genau den Pharynx und den Larynx, fand aber nichts. Eine in den Oesophagus eingeführte Sonde stiess auf ein Hinderniss, welches der Sonde wich. Beim Erwachen brach das Kind ein grosses Stück hartes Fleisch. Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose in solchen Fällen. Der französische Referent bemerkt mit Recht, dass in der Ungewissheit man die Tracheotomie hätte gleich ausführen sollen. Dr. P. K.

Aneurysma der Aorta thoracica, Dyspnoe, Durchbruch in den linken Bronchus. (Anèvrysme de l'aorte descendante thoracique, accès de dyspnée. Ouverture dans la bronche gauche.) Von Dr. Grandhomme. (Semaine médicale, 27. Mars 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 3, 1887.)

Ein 75jähr. Mann hat Erstickungsanfälle; Sprache und Stimme normal. Ein Aneurysma wurde nicht nachgewiesen. Plötzlicher Tod. Ein grosses Aneurysma umgab den linken Vagus und Recurrens und hatte in den linken Bronchus perforirt. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Gastrotomie. (Tvåa fall af gastrotomie.) Von Berg in Stockholm. (Svenska Läkare-Sällskabets Förhandlingar, pag. 140, 1887. — Hygiea, Juli 1887.)

Es handelt sich um einen 84jährigen Mann, der wegen Impermeabilität des Oesophagus gastrotomirt wurde. Am nächsten Tage starb er, und als Ursache der Obstruction des Speiserohres wurde ein Divertikel gefunden. Das Divertikel war ein 7 Ctm. langer Blindsack, der von dem obersten Theile des Oesophagus, gerade am Introitus mit einer 12 Mm. weiten Oeffnung entsprang, und in dem retro-oesophagealen Bindegewebe seine Lage hatte. Es hatte in den letzten 18 Jahren allmählig zunehmende Schwierigkeiten beim Schlucken hervorgebracht: Er konnte nicht in Gesellschaft mit Anderen essen, weil er besondere Manipulationen an dem Halse vornehmen musste, um die Speise hinunterzubringen. Die eingeführten Sonden wurden immer in der Höhe mit Apertura thoracis arretirt. Ein seit längerer Zeit consultirter Arzt hatte die Diagnose „Divertikel" gestellt.

Der zweite Fall war ein 37jähriger Neger, Acrobat, der wegen zunehmender Schwierigkeiten beim Schlucken gastrotomirt wurde. Er starb am nächsten Tage. Es wurde bei der Obduction Folgendes gefunden: Gerade wo der Oesophagus den linken Bronchus passirt, wird eine thalergrosse ringförmige Ulceration mit infiltrirten Rändern gefunden. Die Ulceration hat in den Bronchus perforirt. In dem Umfange der Ulceration werden harte, nicht ulcerirte Knoten gefunden. Pneumonische, theilweise sich in Gangrän befindende Foci wurden in beiden Lungen vorgefunden. Schmiegelow.

Digitized by Google

Schusswunde in die Brust; Austritt der Kugel durch den Larynx. (Plaie par arme à feu de la poitrine; issue de la balle par le larynx.) Von Dr. Desprès. (Gazette des hôpitaux, Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie, 1886, No. 12)

Die Kugel ging unter die Schulter links zwischen 4. und 5. Rippe ein, durchwanderte die Lungenspitze, durchbohrte die Venae jugularis interna und subclavia, kam in's Corpus thyroideum und ging zwischen erstem Trachealring und Cart. cricoidea in's Larynxinnere. Desprès erklärte recht hübsch die baumartig verzweigten fibrinösen Blutgerinnsel, welche ausgeworfen wurden, die intensen Venenblutungen, sowie das eintretende Hautemphysem. Der Tod scheint, dem Verf. nach, durch Wanderung eines in den angeschlossenen Venen gebildeten Thrombus hervorgebracht zu sein. Dr. P. K.

Natron benzoicum bei einigen catarrhalischen und congestiven Zuständen der ersten Luftwege. (Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies.) Von Dr. Albert Ruault. (France médicale 1887, No. 1 et 2, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 6.)

Verf. findet eine bedeutende Abkürzung des Verlaufes bei acuten Catarrhen der obersten Luftwege; er giebt 4—6 Grammes pro die, aber nie länger, als 12—13 Tage lang. Der schlechte Geschmack kann leicht verbessert werden. Dr. P. K.

Lungentuberculose und tracheo-bronchiale Lymphdrüsenschwellung, Erstickungsanfälle, Tracheotomie. (Tuberculose pulmonaire et adénopathie tracheo-bronchique avec accès de suffocation, trachéotomie.) Von Dr. Peter. (France médicale, 20 Juillet 1886, und Annales des maladies du larynx, 1886, No. 12.)

Lungen waren infiltrirt, die geschwellten Lymphdrüsen konnten percutorisch nachgewiesen werden und erklärten somit die Dyspnoe; Phonationsstellung der Stimmbänder erforderte die Tracheotomie; Betupfungen mit Milchsäure brachten grosse Besserung.

Dr. P. K.

Tumor der Glandula thyroidea. (Tumeur de la glande thyroide.) Von Dr. Aigre. (Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 6.)

Ein 76jähr. Mann kam wegen Schlingbeschwerden und Heiserkeit in's Spital. Der längere Schilddrüsenlappen war stark angeschwollen, nach hinten nicht abgrenzbar; Verschiebung des Larynx nach rechts; Haut über dem Tumor beweglich; der Tumor fühlte sich fibrös an; Larynx bewegte sich schlecht beim Schlucken, letzteres fast unmöglich, normales Athmen, Heiserkeit. Patient nimmt an Kräften sichtlich ab und stirbt ohne Schmerz durch Inanition. Bei der Section liess der Tumor sich leicht ausschälen, ging aber hinter Pharynx und Oesophagus an der vorderen Wirbelsäulenfläche bis zum rechten Schilddrüsenlappen hin. Keine Lymphdrüsenschwellung. Larynx normal, unten an der Trachea hatte ein Hineinwuchern des Neoplasma begonnen. Oesophagus ganz von neu-

Digitized by Google

gebildetem Gewebe umgeben. Venae jugularis communis und thyroidea inferior mit neugebildetem Gewebe angefüllt; Recurrens links zerstört. Der Tumor erwies sich microscopisch als Epithelcarcinom, welches im Begriffe war, in den Oesophagus, in die Trachea und in die Halsvenen hineinzuwuchern.

Was den von den Autoren als für Thyroideacarcinom characteristischen „spontanen Schmerz" betrifft, so fehlte er bei diesem Kranken, ebenso wie bei 6 anderen, in der Literatur aufgeführten Fällen. Die „Cachexie" fehlte, wie gewöhnlich, auch hier; die Glandula thyroidea scheint dies mit dem Larynxkrebs gemein zu haben. Die „Obliteration der Vena jugularis communis" ist ein gewöhnliches Symptom und fehlt fast nie; die Jugularis anterior und vertebralis können vicariirend für die Vena jugularis c. eintreten und so die cerebralen Symptome vermeiden. Das „Umgreifen des Larynx und des Oesophagus" ist ein gewöhnliches Symptom ebenfalls und ist durch die Vertheilung der Thyroidalcapsel und der Halsfascien bedingt. Dr. P. K.

Hysterie und Tics, Diagnose. (Hystérie et tics, diagnostic.) Von Prof. Dr. Charcot. (Semaine médicale 1886, No. 37, und Revue mensuelle de laryngologie 1886, No. 12.)

Mehr weniger stark ausgesprochene, sich oft wiederholende Larynxgeräusche bilden das einzige Krankheitssymptom; man unterscheidet 2 Typen: der eine ahmt den Husten, der andere das Schluchzen nach. Beide stellen oft grosse Aehnlichkeit mit gewissen, von Thieren normal hervorgebrachten Lauten dar und werden so vom Thiere auf den Menschen durch Contagion übertragen; es sind also hysterische, eine natürliche Classe darstellende Geräusche. Sie kommen anfallsweise, sind einfache Stösse, lassen keine Consequenzen hinter sich, kommen immer unter dem Alter von 5 Jahren bei Knaben sowohl, als bei Mädchen vor. Diese hysterischen Phänomene haben Tendenz zur Localisation, sie bestehen nicht, wenn die hysterischen Kranken hysterische sonstige Anfälle haben; immer bestehen dabei Stigmata; diese letzteren bedingen die Differentialdiagnose zwischen Hysterie einerseits und Chorea nebst Tics convulsifs andererseits, bei welchen keine Stigmata bestehen. Ebenso rasch, wie sie entstehen, können sie in Folge der geringfügigsten Ursache aufhören. Charcot stellt drei solche Kranke, zwei Mädchen und einen Knaben, vor. Ausser dass diese Larynxgeräusche mit anderen Neurosen leicht verwechselt werden, kann man, namentlich wenn hysterisches Blutspeien dabei besteht, sie mit Phthise verwechseln. Die Contagiosität sucht Verf. mit Herbert Spencer so zu definiren, indem er sagt: „es handelt sich um eine Handlung, welche gleich nach dem Gedanken bei aufgehobenem Willen eintritt." Dr. P. K.

Berichtigung.

In dem Referate in voriger Nummer, S. 270 u. 271, betreffend die Bemerkungen von Dr. Schlesinger, Dresden, „zur Kehlkopf-Exstirpation", finden sich einige sinnentstellende Fehler. Es muss heissen:

Digitized by Google

1) Seite 271, Zeile 4 von oben: „Die bacillär-microscopische Diagnose könne also auch bei Larynx-Tuberculose manchmal ganz negativ ausfallen, und sei man dann in erster Linie auf das laryngoscopische Bild angewiesen."

2) Zeile 8 von oben: statt Kehlkopf-Drüsen, „Kehlkopfschleimhaut."

3) Zeile 11 von oben: statt 4 Wochen, „4 Monaten".

Inhalt.

I. Originalien: Guranowski: Photoxylinlösung als Mittel zum Verschluss persistenter Trommelfellperforationen. — Tsakyroglous: Zwei Fälle von Nasenpolypen. — Lublinski: Concrement der Tonsille. — Lublinski: Polyp der Tonsille. — Killian: Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Congress deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden. — Schmiegelow: Zweiter Bericht von der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten des Commune-Hospitals. — Purjesz: Die Anwendung des Jodol bei eitrigen Mittelohrentzündungen. — Chapotot: Branchialcyste, oberhalb der rechten Ohrmuschel sitzend. — b) Rhinologische: Joal: Ueber Nasenschwindel. — de Gennaro: Beitrag zur Lehre von den durch Nasenleiden hervorgebrachten Reflexneurosen. — Caréaga: Ein neuer Fall von Myasis. — Finne: Empyema antri Highmori cum Blennorrhoea nasi. — Krieg: Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi. — Calmettes und Chatellier: Fibrosarcom der Nasenscheidewand. Operation. Heilung. Microscopische Untersuchung. — Moure: Ueber einen harten Schanker der rechten Nasenhöhle. — Le Bec: Rhinoplastik durch Bildung eines Hautlappens vom Vorderarm. — Poncet: Ueber die Rhinoplastik auf einem prothetischen Apparat. — Gruget: Tumor des Nasenrückens. — Clay: Ein Fall von Nasenstein. — c) Pharyngolaryngologische: Lebrun: Behandlung der acuten Amygdalitis. — de la Sota y Castra: Lupus des Pharynx. — Périer: Chondrom der Parotis, in den Pharynx hineinragend. Exstirpation durch den Mund. — Cardone: Zwei merkwürdige totale Verwachsungen des Gaumensegels mit dem Pharynx. — Farlow: Fünf Fälle von entwickelten Arterien, mit blossem Auge an der hintern Pharynxwand sichtbar, nebst Bemerkungen. — Revington: Unterbindung der Carotis communis, angestochen durch eine Fischgräte, welche den Pharynx durchbohrt hatte. — Bleyer: Ueber einen neuen Apparat, um aus Wasserstoffsuperoxyd einen Ozonspray zu erzeugen. — Berentsen: Epiglottisverlust nach Diphtherie. — Grön: Acute Herzdilatation und körnige Degeneration der Herzmusculatur in der Reconvalescenz nach Rachendiphtheritis. — Garel: Einige Bemerkungen über einen Fall von Laryngitis haemorrhagica. — Maissuriauz: Blutegel im Larynx. — Barbier: Bemerkungen über den späten Einfluss der Masern auf den Larynx. — Sajous: Ueber die Hauptnachtheile der O'Dwyer'schen Intubation des Kehlkopfes. — Fletcher Ingals: Ueber Intubation des Kehlkopfes. — Malfilatre: Beitrag zur Behandlung der Tracheostenosen nach vollführter Tracheotomie; Catheterismus. — Nuvoli: Schnell ausgeführte Tracheotomie. — Renon: Ueber nach Tracheotomie erfolgende Mediastinitis. — Waxham: Larynxtubage, um die Tracheotomie zu ersetzen. — Bosworth: Die Beziehungen des Kehlkopfs zu Lungenkrankheiten. — Masini: Trachealtumor auf natürlichem Wege entfernt. — Garel: Larynxcysten. — Schiötz: Adenoide Vegetationen. — Hooper: Zur Anatomie und Physiologie des Nervus recurrens. — Donaldson: Weitere Versuche über die Function des Nervus recurrens. — Petit: Ausgezogene Zähne in den Luftwegen. — Heath: Fremdkörper im Oesophagus, Laryngotomie, Tracheotomie, Heilung. — Grandhomme: Aneurysma der Aorta thoracica, Dyspnoe, Durchbruch in den linken Bronchus. — Berg: Zwei Fälle von Gastrotomie. — Desprès: Schusswunde in die Brust; Austritt der Kugel durch den Larynx. — Ruault: Natron benzoicum bei einigen catarrhalischen und congestiven Zuständen der ersten Luftwege. — Peter: Lungentuberculose und tracheo-bronchiale Lymphdrüsenschwellung, Erstickungsanfälle, Tracheotomie. — Aigre: Tumor der Glandula thyroidea. — Charcot: Hysterie und Tics, Diagnose. — Berichtigung.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, November 1887.** **No. 11.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ein neuer Salmiak-Dampfapparat.

Von

Dr. **B. Gomperz,**

Assistent der k. k. Universitäts-Klinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

Zu den ältesten Mitteln, welche bei subacuten und chronischen Mittelohr-Catarrhen noch heute sich eines guten Rufes erfreuen, gehören die Salmiakdämpfe in statu nascenti, durch den Catheter in das Mittelohr eingeblasen, und bedeutende Fachärzte sprechen sich dahin aus, dass die Salmiakdämpfe ein werthvolles therapeutisches Hilfsmittel bei gewissen Formen chronischer Catarrhe sind. v. Tröltsch, dem das Verdienst gebührt, dieses Heilmittel in die Ohrenheilkunde eingeführt zu haben, empfiehlt es als „von sehr grossem Nutzen[1]), so lange noch anhaltendes Rasseln bei der Luftdouche entsteht, wir somit eine vermehrte Absonderungsthätigkeit und eine mehr feuchte Schwellung des ganzen Schleimhautstriches annehmen müssen." Noch wärmer plaidirt Schwartze[2]) für das Eintreiben von Salmiakdämpfen bei den Formen des chronischen

[1]) v. Tröltsch, Lehrb. d. Ohrenheilk., 7. Aufl.
[2]) Lehrb. der chirurg. Krankheiten des Ohres 1885.

Digitized by Google

Catarrhes, „die mit sehr zäher und reichlicher Hypersecretion und starker Schwellung der Tubenschleimhaut einhergehen", wo die Luftdouche nicht genügt, um die Hypersecretion zu beseitigen, weil der Widerstand von Seiten der geschwellten Tubenwände ihr kräftiges Eindringen verhindert. „Die inveterirtesten chronischen Catarrhe, sagt Schwartze (l. c.), mit Hypersecretion habe ich bei dieser Therapie, consequent durch Monate verfolgt, zu vollständiger und dauernder Heilung kommen sehen."

Wenn die Anwendung der Salmiakdämpfe nicht die allgemeine Verbreitung gefunden oder behauptet hat, die nach solchen Empfehlungen zu erwarten wäre, so mag dies vor Allem daran liegen, dass ihnen andere Autoren weniger Gutes nachrühmen können.

Politzer[3]) spricht sich sogar dahin aus, dass „sich bei Behandlung der nach Entfernung der Secrete zurückbleibenden Schwellung der Tubenschleimhaut von den früher vielfach angewendeten Wasser-, sowie von den von v. Tröltsch besonders empfohlenen Salmiakdämpfen in statu nascenti nur in einzelnen Fällen ein günstiger Erfolg nachweisen lasse. In den meisten Fällen werden dieselben erfolglos angewendet, oder sie bewirken eine entschiedene Verschlimmerung, welche erst schwindet, wenn man zu den einfachen Lufteintreibungen zurückkehrt."

Auch zur Behandlung der chronischen, sclerosirenden, mit Bindegewebshypertrophie einhergehenden Entzündungsprocesse der Paukenhöhlenschleimhaut wurden die Salmiakdämpfe benutzt. Hier wurden freilich, wie es schon in der Natur dieser Krankheit begründet ist, keineswegs ermunternde Resultate bekannt. Gruber[4]) schreibt schon 1870: „In den früheren Jahren habe auch ich von denselben (den Dämpfen) eine ausgedehntere Anwendung gemacht, habe mich aber im Verlaufe der Zeit überzeugt, dass man mit der Anwendung flüssiger Heilmittel per tubam mindestens denselben Erfolg, aber auf viel einfachere Weise erreichen kann." Und Politzer (l. c.) spricht sich dahin aus, „dass in der Mehrzahl der aus den Catarrhen hervorgegangenen Adhaesivprocesse durch Lufteintreibungen in das Mittelohr allein derjenige Grad der Hörverbesserung erzielt wird, welcher sich im speciellen Falle überhaupt erzielen lässt, dass aber unstreitig in einer Reihe von Fällen die Wirksamkeit der Lufteintreibungen durch die combinirte Anwendung medicamentöser Injectionen oder Dämpfe wesentlich unterstützt wird."

In zweiter Linie stand sicherlich der weiteren Verbreitung dieser Behandlungsmethode die Complicirtheit der bisher dazu verwendeten Apparate im Wege. Es ist eben ein gewisser Zeitaufwand zur Bedienung derselben und andererseits die exacte Beherrschung der specialistischen Handgriffe nöthig, so dass ihr Gebrauch sich einerseits bei grosser Patientenzahl aus Mangel an Zeit, andererseits bei Nicht-Specialisten aus Mangel an genügender Technik nicht einbürgern konnte.

Der älteste von v. Tröltsch angegebene Apparat, bei dem die Salmiakdämpfe durch trockenes Erhitzen des umcrystallisirten Salzes erzeugt wurden, steht wohl kaum mehr im Gebrauche, seitdem v. Tröltsch die Salmiakdämpfe in statu nascenti empfohlen hat, deren Zubereitung

---

[3]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 2. Auflage.
[4]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 1870.

Digitized by Google

viel einfacher, deren Wirkung jedoch energischer ist. Moos[5]) allein rühmt den sublimirten Dämpfen nach, dass sie nicht so stark reizen, wie die in statu nascenti. Für letztere hat v. Tröltsch eine Vorrichtung angegeben, welche aus drei, durch Glasröhren mit einander verbundenen Gläsern besteht. Das eine mit stark verdünntem Liquor ammonii causticus und das andere mit Salzsäure gefüllt, münden mittelst Glasröhren in ein drittes, B, welches mit etwas Wein- oder Schwefelsäure versetztes Wasser enthält. Wird nun mit dem Munde oder durch einen Doppelballon in die beiden ersterwähnten Flüssigkeiten Luft eingeblasen mittelst einer hinten vereinigten Doppelröhre, so entwickeln sich Ammoniak- und Salzsäuredämpfe, die im vorderen Kolben unter Wasser zu Salmiak sich vereinigen, rasch diesen erfüllen und aus einer unter dem Wasser mündenden Glasröhre mit angesetztem Gummischlauch in den Catheter eingetrieben werden (v. Tröltsch, l. c.). Urbantschitsch[6]) benutzt zur Eintreibung warmer Salmiakdämpfe einen gewöhnlichen Inhalationsapparat, dessen Dampfkessel mit einem Pfropfen verschlossen ist, durch den zwei Röhren verlaufen. Die eine derselben wird mit dem Ausgangsrohr des Gefässes B, die andere Röhre mittelst eines Schlauches mit dem Tubencatheter verbunden. Die aus dem Gefässe B herausgetriebenen Salmiakdämpfe gelangen in den Dampfkessel, der entweder trocken erhitzt ist oder kochendes Wasser enthält. Man erhält demnach, je nach Belieben, trocken erhitzte oder mit heissen Wasserdämpfen mehr oder minder vermischte Salmiakdämpfe, welche durch die Ausströmungsöffnung des Dampfkessels in den Catheter eingetrieben werden können.

Einfacher ist der von Politzer (l. c.) zu obigem Zwecke modificirte „Kerr's Inhaler" (dessen hier folgende Beschreibung ich dem Lehrbuche Politzer's, 2. Aufl., entnehme). Derselbe besteht aus einem ca. 1/4 Liter haltenden, zu 1/3 mit Wasser gefüllten Glasgefäss, dessen breiter Kautschukpfropf von einer grossen und einer kleinen Oeffnung durchbohrt ist. Durch die grössere Oeffnung geht eine oben Y-förmige, nach unten in das Wasser tauchende Glasröhre, durch die kleinere Oeffnung ein rechtwinklig gekrümmtes dünneres Glasrohr, welches nicht in die Flüssigkeit taucht. Wird nun in den einen Schenkel (*a*) des Y-förmigen Glasrohres ein in Salzsäure getauchtes längliches Asbeststück, in den anderen Schenkel (*n*) ein in Ammoniak getauchtes Schwämmchen mittelst dünnen Drahtes aufgehängt und mit dem Munde an der rechtwinklig gekrümmten Röhre die Luft aus dem Glasgefässe herausgezogen, so werden die hierdurch aspirirten Salzsäure- und Ammoniakdämpfe im unteren Abschnitte der Röhre Salmiakdämpfe bilden, welche, das Wasser passirend, gereinigt eingeathmet werden. Der zur Einathmung von Salmiakdämpfen bei Kehlkopf- und Bronchialcatarrhen vielfach benutzte Apparat wird von den englischen Ohrenärzten besonders bei trockenen Mittelohrcatarrhen in der Weise angewendet, dass die in die Mundhöhle aspirirten Dämpfe mittelst des Valsalva'schen Versuches in die Trommelhöhle gepresst werden.

Diesen Apparat hat nun Politzer zur Einleitung von Dämpfen in's Mittelohr folgendermaassen modificirt: Die zwei Enden einer gabelförmig getheilten Glasröhre, an deren einfaches Ende ein Doppelballon befestigt

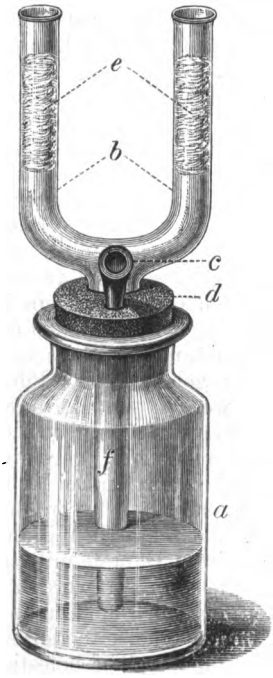
[5]) Klinik der Ohrenkrankheiten, 1866.
[6]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 1880.

Digitized by Google

wird, werden mittelst kurzer Gummischläuche mit zwei gebogenen Glasröhren verbunden, welche an ihren Enden durchbohrte Gummipfröpfe tragen. Sind diese in die Glasröhren *a* und *n* gut eingepasst, so werden durch Compression des Doppelballons Salzsäure und Ammoniakdämpfe in den unteren Abschnitt der Y-förmigen Röhre getrieben, bilden hier Salmiakdämpfe, welche das Wasser passiren, durch die kleine Glasröhre ausströmen und durch den an dieselbe befestigten Gummischlauch mittelst Catheters in die Trommelhöhle geleitet werden.

Wie aus der Schilderung all' dieser Apparate hervorgeht, ist nebenbei ein Doppelgebläse erforderlich, um die Dämpfe zu entwickeln und bis zum Mittelohre zu treiben, wodurch das Instrumentarium noch mehr complicirt wird, und muss überall an den Catheter das am Ausflussschlauche befestigte Endstück angesetzt und für dessen sichere Fixirung gesorgt werden. Ferner ist es nöthig, den Catheter mittelst Klemme an der Nase zu fixiren; endlich strömt bei allen angeführten Apparaten die mit Dämpfen imprägnirte Luft mit viel geringerer Kraft an der Spitze des Catheters aus, als bei der gewöhnlichen Luftdouche. Unter so geringem Luftdrucke können daher Dämpfe nur bei wegsamer Ohrtrompete in die Trommelhöhle getrieben werden (Politzer l. c.).

Nach alledem musste es wünschenswerth erscheinen, einen Apparat zu besitzen, mit dem sich die Eintreibung der Salmiakdämpfe auf einfachere Weise und besonders unter kräftigerem Drucke vornehmen liesse. Hierzu habe ich nebenstehenden Apparat construirt:



/ In dem weiten Halse eines starken, ~~etwa~~ 12 Ctm. hohen und 6 Ctm. Bodendurchmesser habenden Pulverglases (*a*) steckt ein doppelt durchbohrter Kautschukstöpsel (*d*), durch dessen grössere Bohrung ein u-förmiges Gabelrohr (*f*) knapp bis an den Boden reicht. Die zwei Schenkel desselben (*b*) haben eine Länge von etwa 10 Ctm. und eine Lichtung von über 1,50 Ctm. Im zweiten Bohrloch befindet sich eine nur bis an die untere Fläche des Stöpsels reichende Röhre aus Hartgummi von 5 Mmtr. Durchmesser, die von der oberen Fläche des Stöpsels an zur Aufnahme des Ballon-Ansatzes trichterförmig (*c*) erweitert und zur Ermöglichung des bequemen Ansetzens des Ballons in einem Winkel von etwa 130° abgebogen ist.

In ~~den einen~~ Schenkel der u-förmigen Röhre kommt ein das Lumen erfüllendes, etwa 5 Ctm. langes ~~Schwammstück, in den anderen~~ ein ebenso langer Pfropf aus Asbest (~~oder Glaswolle~~). ~~Ersteres~~ wird mit Liquor ammonii caustici (~~1+2 Wasser~~), ~~letzterer~~ mit Acidum muriaticum conc. pur. (~~1+1 Wasser~~) wohl getränkt und das Pulverglas zu 1/3 mit Wasser gefüllt, dem etwas Wein- oder Schwefelsäure zugesetzt werden kann.

Digitized by Google

Schliesst der Stöpsel in dem Glase und die Röhren in den Bohrungen luftdicht, und bringt man den birnförmigen Gummiballon zusammengedrückt in den Hartgummitrichter (*c*), so zieht er beim Loslassen aus den Röhren (*b*) Ammoniak- und Salzsäuredämpfe, welche sich schon im absteigenden Schenkel (*f*) zu Salmiakdämpfen vereinigen, im Wasser gewaschen und in reichlicher Menge in den Ballon aspirirt werden, der beim Comprimiren einen dicken weissen Strahl von NH_4Cl-Dämpfen entleert. Wird der Apparat nicht gebraucht, so thut man gut, die Mündungen der U-Röhre mit Gummistöpseln zu verschliessen. ~~Schwamm und Asbest können im Nothfalle durch Wattepfropfen ersetzt~~ werden; neben denselben muss immer genügender Raum für das Durchstreichen von Luft vorhanden sein, da der Apparat sonst schlecht functionirt. ~~So lange der Schwamm noch Ammoniak enthält, kann man den Apparat durch Nachgiessen kleiner Salzsäuremengen auf den Asbest immer wieder in Gang setzen.~~ Um das Herabsinken der ~~Schwamm~~-, Asbest- ~~oder Watte~~pfropfen zu verhindern, sind an dem unteren Ende der Schenkel der U-Röhre „Einstiche" angebracht, welche das Lumen daselbst verengen[7]). Da durch ammoniak- oder salzsäurehaltige Dämpfe starke Reizung der Schleimhäute entsteht, ist die Reaction der Dämpfe vor dem Gebrauche immer mit Lakmuspapier zu prüfen und eine saure Reaction durch Vermehrung des Ammoniaks, eine alkalische durch Vermehrung der Salzsäure zur neutralen zu machen. Die neutralen Dämpfe bringen, wie ich mich an mir selbst und an Patienten überzeugt habe, durchaus keine Schmerzen und sonstige unangenehme Reizungserscheinungen hervor.

Halten wir nun die Anwendungsweise der früher gebrauchten Apparate und dieses von mir benutzten einander gegenüber. Bei den ersteren muss der Catheter, wenn er in die Tuba Eustachii gebracht ist, mittelst einer der gebräuchlichen Klemmen fixirt werden. Das Anlegen der Kramer'schen, welche sicher und ohne Schmerzen für den Patienten fixirt, ist etwas zeitraubend. Die von Ch. Delstanche ist zwar sehr bequem, fixirt aber weniger sicher und die — für den Arzt — ebenso bequeme Bonnafont'sche bereitet empfindlichen Patienten Schmerzen. Hierauf muss das am Ende des Ausflussschlauches befestigte conische Hartgummirohr an den Catheter angesetzt und daselbst wohl fixirt werden; erst dann kann man das Doppelgebläse in Gang setzen.

Ich führe jetzt die Einblasung der Salmiakdämpfe so aus, dass ich nach dem Einführen des Catheters in die Tuba den birnförmigen Gummiballon comprimirt in den Trichter (*c*) meines Apparates, der mir zur Rechten auf dem Tische steht, oder vom Patienten gehalten wird, einfüge, die Dämpfe aspirire, was das Werk einiger Secunden ist, und mit ihnen die Luftdouche ausführe, wie beim gewöhnlichen Catheterismus. Diese Einblasungen kann man nach Gutdünken beliebig oft in einer Sitzung wiederholen. Doch ist es bei der grossen Menge der aspirirten Dämpfe und dem hohen Drucke derselben vollkommen ausreichend, dieselben fünf- bis achtmal vorzunehmen. Die Salmiakdämpfe strömen hierbei reichlich in's Mittelohr, was man besonders schön bei Perforationen des Trommelfelles sieht, wo dichte Dampfwolken aus dem Gehörgange dringen. Dass dieselben auch verengte Tuben passiren können, ohne

[7]) Der Apparat ist zu haben bei Karl Moller, Wien I, Franzensring 18.

Digitized by Google

niedergeschlagen zu werden, sieht man bei dem Versuche, sie durch ein vorher angefeuchtetes langes Coniantron engsten Calibers zu treiben; ein feiner weisser Strahl von Dämpfen entströmt dann der Spitze des Instrumentes. Nicht zu unterschätzen ist die schon von v. Tröltsch gerühmte gute Wirkung des Bestreichens der Nase und des Rachens durch die reichlich eingetriebenen Salmiakdämpfe.

Der Apparat nach meiner Angabe ist demnach sehr compendiös, ermöglicht durch Verwendung des birnförmigen Ballons, die Salmiakdämpfe unter bedeutend höherem Drucke, als mittelst des Doppelgebläses in die Paukenhöhle zu treiben, was in therapeutischer Hinsicht von nicht geringem Werthe ist und eignet sich bei der Einfachheit seiner Anwendungsweise auch für Nicht-Specialisten und zur Selbstbehandlung mittelst des Politzer'schen Verfahrens, oder dessen Modificationen. Endlich sei noch erwähnt, dass durch die frühe Vereinigung der Ammoniak- und Salzsäure-Dämpfe in der absteigenden Röhre (*f*) eine innigere Mengung und genauere Waschung der entstandenen Salmiakdämpfe bewerkstelligt wird.

Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen.

Von

Dr. **W. Freudenthal,**

Arzt an der deutschen Poliklinik in New-York.

In den letzten Jahren wurde der Kampf über die Entstehungsursachen der Hernien von Neuem angefacht durch einen Vortrag Roser's auf einem der letzten Chirurgen-Congresse in Berlin. Bereits im Jahre 1843 hatte er seine bekannte Theorie, welche die Lipome als wichtigstes Moment zur Entstehung der Hernien hinstellt, veröffentlicht. 1857 sagte er, seine Ansicht von früher bestätigend, Folgendes:*) Die Herauszerrung der Schenkelbruchsäcke geschieht durch kleine Fettknoten, welche dem subserösen Gewebe angehören und mit dem Bauchfell fest verbunden sind. In Bezug auf die äusseren Leistenbrüche sagt er: „Ich habe gefunden, dass die Hernia vaginalis funiculi, d. h. das Offenbleiben des Vaginalfortsatzes an seinem oberen Theil, viel häufiger vorkommt, als man gewöhnlich annimmt. Die Kinder mit Leistenbrüchen, welche ich anatomisch zu untersuchen bekam, zeigten meistens, ja vielleicht zufällig fast alle, diese Form. Ebenso fand ich bei Leichen von Erwachsenen öfters Leistenbruchsäcke, die so lang und eng waren, dass man sie nur als unvollkommen zurückgebildete Vaginalfortsätze des Peritonäums, in welche aber wohl nie ein Eingeweide eingedrungen war, betrachten konnte."

Es schliessen sich diesen Anschauungen Roser's sehr nahe an Linhard und Engel (Wiener Wochenschrift 1857, pag. 707). Ersterer

*) W. Roser, Untersuchung über die Formation der Brüche. Archiv für physiolog. Heilkunde. Neue Folge pag. 432 und Band II pag. 62.

Digitized by Google

sagte (über die Schenkelhernie, Erlangen 1852): Es drängt sich förmlich die Idee auf, dass die nachdrängende Gewalt des Darmes unmöglich den grössten Antheil an der Bildung der Bruchsäcke haben könne. Ja, ich glaube, dass in der Mehrzahl aller Brüche das Primäre die Bildung des Bruchsacks, das Secundäre das Nachfolgen der Eingeweide und das weitere Vergrössern des Bruchsacks sei! — Nicht so viel Glück hatte Roser bei anderen Autoren. Er wurde im Gegentheil hart angegriffen, und es war besonders seine Lipom-Theorie, die wohl allgemein verworfen wurde. Es sei uns gestattet, von späteren Autoren nur einige zu erwähnen: So sagt B. Schmidt (Unterleibsbrüche, Pitha & Billroth pag. 51): . . . . . Eine Ausdehnung der Zugtheorie (durch Lipome) auf alle sog. erworbenen Brüche aber ist entschieden unstatthaft, und wird man durch die klinische Beobachtung, wie durch die Statistik dazu gedrängt, andere Entstehungsweisen von Hernien aufzusuchen, bei denen namentlich das Bauchfell durch Druck von Seiten der Baucheingeweide als Bruchsack herausgedrängt wird, sonach die Bildung des Bruchsacks eine secundäre ist und zeitlich mit der Entstehung des Bruchs zusammenfällt.

In einer sehr schönen Arbeit entwickelt Wernher (Geschichte und Theorie des Mechanismus der Bruchbildung, Langenbeck's Archiv, XIV) aus der Geschichte der Theorie der Bruchbildung folgende, wohl heute noch herrschende Ansichten;

1) Die Eingeweide werden durch rein mechanische Kräfte — Druck der Bauchpresse — gegen schwächere Punkte des Unterleibs gedrängt, dehnen diese aus und treten aus ihnen hervor, indem sie das Bauchfell vor sich herschieben.

2) Der Druck der Bauchpresse würde die Eingeweide nicht vor sich herzutreiben vermögen, wenn sie dazu nicht durch Fehler ihrer Befestigungsmittel und ihrer Lagerung vorbereitet wären (Benevoli Kingdon).

3) Die Ausstülpung des Peritoneum zu einem Bruchsacke ist das Primäre und Bestimmende.

Der Druck der Eingeweide ist nach den Gesetzen der Hydrostatik unvermögend, diese Ausstülpung zu bewirken. Sie ist entweder congenital oder entsteht nicht durch Druck von innen, sondern durch Zug von aussen. Die Eingeweide folgen nun in den leergewordenen Raum oder dehnen die einmal gewonnene Ausstülpung weiter aus. Wernher wendet sich zunächst gegen die letzte Ansicht, beweist, dass die Gesetze des hydrostatischen Druckes nicht die Anwendung finden können, und sagt dann weiter: „Die Erklärung, wie ein kleines Fettklümpchen, welches fortwährend ringsum von anderen Fett- und Zellgewebsmassen umgeben ist, im Stande sein soll, zu wandern und eine straffe, wohlbefestigte Membran hinter sich herzuziehen, ist ebenso an und für sich unerklärlich, als ohne jede Analogie. Wenn Fettmassen wachsen, so treten sie wohl zwischen die Gewebe hinein, sie ziehen aber, wenn sie nicht durch enorme Schwere hängend werden, nichts hinter sich her".

Nachdem Wernher die Möglichkeit, dass das Bauchfell durch einen Zug von aussen hervorgezogen werden kann, durch noch viele andere Beweise in Abrede gestellt hat, bleibt ihm nichts Anderes übrig, als anzunehmen, dass die Hernien durch excentrischen, sehr oft und constant wiederholten Druck von innen heraus hervorgetrieben werden. Die

Digitized by Google

Stärke und häufige Wiederholung des intraabdominellen Druckes ist also das Wesentlichste zur Hervorbringung eines Bruches.

Auch uns möchte es scheinen, als ob die sogen. direct veranlassenden Ursachen, welche namentlich in einer stärkeren Anwendung der Bauchpresse bestehen, nicht als zufällige zu betrachten seien, sondern dass sie vielmehr in einer grossen Mehrzahl der Fälle ganz allein, i. e. ohne dass eine Ausstülpung des Bauchfelles vorgebildet wäre, einen Bruch zu erzeugen vermögen.

Da Stellen in der Bauchwand vorhanden sind, die schwächer sind, als die übrige Bauchwand, so erscheint es uns unbegreiflich, weshalb durch häufiges Husten, Niesen, Drängen etc. ein Bruch nicht sollte erzeugt werden können.

Indem wir uns den oben citirten Autoren, die sich in diesem Sinne ausgesprochen und ihre Meinung hinlänglich bewiesen haben, anschliessen, glauben wir, noch ein Moment anführen zu müssen, das, soweit uns bekannt, nirgends in der Litteratur erwähnt ist, das uns aber von viel grösserer practischer Wichtigkeit zu sein scheint, als alle genannten Ursachen, die eine häufige Anwendung der Bauchpresse zu bewirken im Stande sind.

Es giebt wohl kaum eine Krankheit, die so häufig und constant den intraabdominellen Druck vermehrt, als die chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraumes.

Betrachten wir einmal, als Paradigma aller dieser Krankheiten, den Retronasal-Catarrh, wie er besonders hier in Amerika so häufig ist, mit seinen oft so zähen und fest adhaerirenden Schleimmassen, von denen die behafteten Personen, man möchte sagen Tag und Nacht geplagt werden. Besonders des Morgens fühlen sie den Mund voller Schleim und nach vielem Räuspern, Schneuzen, Speien u. s. w., d. h. also nach vieler und starker Anwendung der Bauchpresse gelingt es ihnen, vielleicht einige, zuweilen übelriechende Stücke auszuwerfen, aber trotzdem können sie das Gefühl, als ob ihnen „hinten etwas stecke", nicht loswerden. Den Schleim, der oben im Pharynxdach sitzt, haben sie eben nicht herausbringen können und mit diesem quälen sie sich dann den ganzen Tag weiter, bis neue Massen sich gebildet haben, die die alten nach unten drängen und dann das Spiel wieder von Neuem beginnen lassen.

Befreit werden solche Leute nie von ihrem Schleim. So machen sie alle paar Minuten, ja selbst in der Nacht, Anstrengungen — die stets gleichbedeutend sind mit vermehrter Anstrengung der Bauchpresse — sich von dem quälenden Gefühl eines Fremdkörpers zu befreien. Sie schnauben sich ihre Nase oft minutenlang ohne den geringsten Erfolg. Gewöhnlich kann man sie schon erkennen, wenn man in's Zimmer tritt. Bald räuspern sie sich — was besonders häufig bei Complication mit Pharyngitis granulosa der Fall ist —, versuchen, den Schleim aus der Nase in den Mund zu ziehen, speien sehr oft aus u. s. w.

Dass bei solchen Bemühungen der intraabdominelle Druck ganz colossal gesteigert wird, brauchen wir wohl nicht erst hervorzuheben.

Bedenken wir nun, dass solche Patienten bereits von Jugend auf an Verstopfung der Nase leiden — wir erinnern nur an die im Kindesalter so häufigen adenoiden Vegetationen — und dass ihre sehr forcirten Exspirationsbewegungen (Schneuzen, Räuspern u. s. w.) Jahre, selbst

Digitized by Google

Jahrzehnte hindurch andauern können, so glauben wir, zu dem Ausspruch mehr, als berechtigt zu sein: dass es keine andere Krankheit giebt, welche constanter und nachdrücklicher die Anwendung der Bauchpresse nothwendig macht, als die chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraums.

Und wenn man nun einen Husten, der vielleicht einige Wochen gedauert hat, oder eine längere Obstipatio alvi, oder häufiges Niesen, oder gar zu hohe*) Sitze in den Waterclosets verantwortlich gemacht hat, und meist mit Recht, für die Entstehung von Hernien, um wie viel mehr muss man dies thun bei einem Uebel, das so lange den intraabdominellen Druck vermehrt, wie die genannten Krankheiten.

Zu diesen Betrachtungen wurde ich veranlasst durch eine Familie, die über Deutschland und die Vereinigten Staaten verbreitet ist. Ich kenne fast alle Mittglieder derselben persönlich, hatte aber nicht Gelegenheit, Alle selbst zu untersuchen. Sie sind unter den denkbar verschiedensten Verhältnissen geboren und auferzogen, und doch fielen mir zufällig zwei Arten von Krankheiten auf, die besonders häufig in dieser Familie vertreten sind: Erkrankungen der oberen Luftwege und Hernien. Als hervorragendstes Symptom der ersteren Art möchte ich den Kopfschmerz erwähnen, an dem so gut wie alle Mitglieder der Familie leiden. Ich wurde dadurch veranlasst, die Leute rhinoscopisch zu untersuchen, wobei ich sehr bald die massenhaften Erkrankungen in der Nase vorfand. Nebenbei wurde ich auch auf das häufige Vorkommen von Hernien aufmerksam, und es drängte sich mir die Frage auf, ob diese beiden Krankheiten nicht zusammen zu bringen wären; und je mehr ich darüber nachdachte, desto mehr befestigte sich in mir die Ansicht, dass zwischen beiden aetiologisch ein Zusammenhang bestehen müsse. Um dies zu eruiren, schlug ich zwei Wege ein, die sich gewissermaassen gegenseitig ergänzten. Ich untersuchte — soweit es mir möglich war — die etwa 77 Mitglieder obiger Familie, die so gut, wie Alle an Erkrankungen der oberen Luftwege leiden, auf Hernien.

Ich untersuchte dann hier (im Hospital for Ruptured and Crippled) jeden Patienten, der eine Hernie hatte, auf Erkrankungen der oberen Luftwege, und ich glaube namentlich durch diese Untersuchungen (500 an der Zahl) meine Ansicht für erwiesen halten zu dürfen.

Ich lasse nun die Krankengeschichte der Familie in möglichster Kürze folgen und möchte nur noch bemerken, dass Manches darin aufgenommen wurde, was nicht im directen Zusammenhang mit unserem Thema steht, was aber für die Beurtheilung mancher Nasenerkrankungen nicht unwesentlich zu sein schien.

Vater des Stammvaters hatte Bruch, alles Andere nicht zu eruiren.

---

*) John Eric Erichson: height of the seats of Waterclosets. Derselbe Autor sagt auch: Thus it (nämlich the hernia) is less frequent in the negro than in the white man. — Wir glauben nicht, dass dieser Zustand, wenn er überhaupt existirt, noch lange so bleiben wird, sind vielmehr der Ansicht, dass die Neger mit dem Fortschreiten der Cultur resp. mit ihrer fortschreitenden Verweichlichung ebenso ihren Nasenrachencatarrh und in Folge davon ihre Hernien aquiriren werden, wie sie bereits erwiesenermaassen in erschreckender Weise Phthisis und andere Krankheiten erworben haben.

Digitized by Google

Der Stammvater hatte ebenfalls eine doppelseitige Hernie, er litt sehr viel an Verstopfung der Nase und musste sehr häufig Schleim auswerfen.

Dessen Frau hatte keinen Bruch, aber Ozaena.

Kinder:

I. Herr A. P., 73 Jahre alt. Nase häufig verstopft; ist ohne Geruchsempfindung schon seit „sehr vielen Jahren", leidet manchmal wochenlang an Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopf. Hat Cataract auf beiden Seiten und ist fast vollständig erblindet. Er hat ausserdem seit mindestens 20 Jahren eine doppelseitige Inguinal-Hernie.

Dessen Frau leidet seit 40 — 50 Jahren an Lupus, der die Nase und das ganze Gesicht bis zu den Augen und Ohren einnimmt. Bruch?

Deren Kinder:

α) Herr D. P., etwa 45 Jahre alt. Hatte 2 oder 3 Mal Erysipelas faciei, leidet an Bruch und ist seit frühester Kindheit kurzsichtig.

Dessen Frau ? ? ?

Von den Kindern konnte nur eruirt werden, dass ein etwa 15jähriger Knabe an Chorea minor litt.

β) Herr H. P., etwa 40 Jahre alt, leidet an Rhinitis atrophicans und in Folge davon an häufigen Attaquen (besonders im Winter) von Erysipelas faciei, welches gewöhnlich auf der rechten Seite beginnt, auf die linke Seite übergeht und meistens nach 6 — 8 Tagen abgelaufen ist, ja manchmal sogar schon nach 2—3 Tagen; er ist sehr verschleimt (hat noch nie Bronchitis gehabt) und hat häufig Kopfschmerzen. Er hat noch keinen Bruch.

Dessen Frau, nichts zu eruiren.

Von den 5 Kindern leidet das älteste (12jährig) an Schreibkrampf, das vierte an Ohrenlaufen, Alle aber haben sehr oft verstopfte Nase und sind verschleimt, so dass man hier wohl bei allen 5 Kindern adenoide Vegetationen annehmen kann.

II. Frau Johanna M., 71 Jahre alt, nichts vorhanden.

Deren Gatte ? ? ?

Deren Kinder:

β) Frl. M., etwa 50 Jahre alt, hochgradig hysterisch. Lachkrämpfe, Weinkrämpfe, Zähneklappern etc. Oefters Kopfschmerzen. Nase beiderseits verstopft.

α) Herr M., etwa 58 Jahre alt, öfters Schnupfen und Kopfschmerz. Nase verstopft.

Dessen Frau sehr oft desgleichen.

Deren Kinder:

1) Frau R. K., 32 Jahre alt. Sehr oft Kopfschmerz. Nase verstopft. Schon seit Jahren „unterleibskrank".

Kinder (Beide in Amerika geboren):

a) 12 Jahre alt, adenoide Vegetationen; zum Theil bereits entfernt.

b) zweifelhaft.

2) Frau L. A., etwa 30 Jahre alt; sehr häufig Schnupfen, zuweilen von längerer Dauer, oft „nervöses Kopfweh", schwerhörig schon seit vielen Jahren.

Digitized by Google

Deren Mann acquirirte in seinem 32. Jahre eine Hernie.
Von den Kindern sind nach den geschilderten Symptomen 2 entschieden mit adenoiden Vegetationen behaftet.

3) Frau F. L. und deren Mann ? ? ?
4) Herr Dr. med. M. „hat Schnupfen, sobald er im ungeheizten Zimmer den Arm zum Bett hinausstreckt"; hatte vor 3 Jahren beim Militair einen peritonsillitischen Abscess.
5, 6 und 7 leiden sehr häufig an Kopfweh und Schnupfen.

γ) Herr H. M., 52 Jahre alt, war allen möglichen Beschwerden ausgesetzt, erhielt sehr häufig einen Stoss gegen den Unterleib, fiel häufig vom Pferde und dergl. mehr, hat aber keinen Bruch. Er litt Jahre lang an Kopfschmerz, der ihn zu jeder Arbeit unfähig machte, consultirte s. Z. Frerichs und fast alle hervorragenden inneren und Nervenärzte Berlins, ohne irgend welche Besserung zu verspüren. Auch in New-York consultirte er die meisten hervorragenden Aerzte ohne Erfolg, bis er plötzlich Ohrensausen bekam und einen Ohrenarzt zu Rathe zog, der ihn darauf aufmerksam machte, dass sein ganzes Leiden wahrscheinlich von seiner Nase herrühre. Es wurden nun beiderseits die polypös entarteten Muscheln in mehreren Sitzungen entfernt (das erste Mal trat nach Anwendung der kalten Schlinge eine sehr beunruhigende Blutung ein) und seit dieser Zeit ist er fast ganz frei von Kopfschmerzen. Vor 2 Monaten machte er einen Anfall von Gallensteincolik durch und befindet sich jetzt auf dem Wege der Besserung.

Dessen Frau leidet furchtbar an Kopfschmerzen und Catarrhen in der Nase etc.

Deren Kinder (alle in Amerika geboren):

1) 18jähr. Mädchen, häufig Kopfweh und ebenso Schnupfen.
2) 17jähr. Knabe, starke Verbiegung des Septums nach links und Verdickung der hinteren Enden beider unteren Muscheln. Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, besonders rechts. Augenzwinkern. Chronischer Mittelohrcatarrh beiderseits.
3) 12jähr. Knabe, starke adenoide Vegetationen und Hernie.
4) ? ? ?
5) 8jähr. Mädchen, starke adenoide Vegetationen und Hernie.

δ) Herr Ch. M. ? ? ?

ε) Herr M. M. leidet seit Jahren an Asthma.

ζ) Frau Aug. G., 41 Jahre alt, Retronasalcatarrh. Catarrhus tubae Eustachii. Trachom beider Augen.

Kinder (alle in Amerika geboren):

1) 16jähr. Knabe, gesund.
2) 15jähr. Mädchen, seit 4 Jahren chron. Pharyngo-Laryngitis.
3) unsicher.
4) 9jähr. Mädchen, Otitis med. chron. dextr. und adenoide Vegetationen, welche vor Kurzem entfernt worden sind.
5) adenoide Vegetationen.

III. Herr L. P., 66 Jahre alt, doppelseitige Inguinal-Hernie seit etwa 15 Jahren. War stets verschleimt und ist es noch jetzt in sehr hohem Grade. Starke Hypertrophie der Muscheln und Retronasalcatarrh.

Digitized by Google

Lungen und Herz vollständig gesund. Seit langer Zeit „schwache Augen".

Dessen Frau, 62 Jahre alt, ebenfalls doppelseitige Inguinal-Hernie, hat seit 20 Jahren das Geruchsvermögen verloren und ebenfalls „schwache Augen".

Kinder:

α) Frau A. R., 38 Jahre alt, sehr starke Hypertrophie beider unt. Muscheln, kurzsichtig, Hernie.

Deren Gatte, 43 Jahre alt, Rhinitis atrophic. und öfters Anfälle von Asthma bronchiale.

Deren Kinder (alle in Amerika geboren):

1) C. R., 14jähr. Knabe, ist so verschleimt, dass er häufig aus dem Schlafe erwacht, weil er keine Luft bekommt; hatte einige Male Anfälle von Somnambulismus, leidet seit frühester Jugend und noch immer an Enuresis noctura et diurna und hat adenoide Vegetationen. Ausserdem stottert er.

2) E. R. und 3) R. R., 12- resp. 11jähr. Mädchen, leiden beide viel an Kopfschmerzen und haben beide aden. Vegetationen.

4) 7jähriger Knabe, stottert, Enuresis, adenoide Vegetationen.

Von den beiden anderen Kindern, die ich nicht gesehen habe, ist es sehr wahrscheinlich, dass eines aden. Vegetationen hat.

β) Herr M. P., 33 Jahre alt, leidet an Asthma, Nasenbluten, Schleimansammlung im Halse. Sein 10 Monate alter Sohn hat eine Hernia umbilicalis.

γ) Herr P. P., 31 Jahre alt, doppelseitige Inguinal-Hernie seit mehreren Jahren, hatte immer Catarrh in der Nase, Rhin. hypertr. und Retronasal-Catarrh.

δ) Frau H. J., Pharyng. granulosa, Retronasal-Catarrh und Kurzsichtigkeit. Deren Mann hat seit seiner Pubertätszeit eine doppelseitige Inguinal-Hernie.

Kinder:

1) 9jähr. Mädchen, oft Schnupfen und schlimmen Hals. Rothe Nase. Adenoide Vegetationen.

2) 7 Jahre alt, schnarcht so laut wie ein Erwachsener. Ad. Veget.

3) ? ?

ε) Herr Dr. med. P., 28 Jahre alt, liess bis zu seinem 8. Jahre Nachts Harn und Fäces in's Bett gehen, hat seit seiner frühesten Jugend mit Catarrhen der oberen Luftwege zu thun, bekam im Winter 1881/82 astmaähnliche Anfälle und wurde von Hack als eines der ersten Versuchsobjecte benutzt; beide mittleren und unteren Muscheln wurden, ebenso wie die Phar. granulosa, galvanocaustisch behandelt, jedoch war der Erfolg nicht sehr günstig. Als er darauf sich zum Militair meldete, gab er an, öfters Athem-Beschwerden zu haben, worauf der betreffende Stabsarzt einfach erwiderte, „derartige Sachen verlieren sich schon beim Militair". Und wirklich hatte der gute Mann Recht, denn unter dem Einfluss der frischen Luft besserte sich der noch bestehende Retronasal-Catarrh derartig, dass P. absolut nichts davon verspürte, bis er sich wieder seinen Studien hingab, wo die alte Sache wiederkam. Im Jahre 1884 wurde er wieder auf Diensttaug-

Digitized by Google

lichkeit untersucht, und es wurde keine Anlage zu einem Bruch constatirt. Im Sommer 1886 aquirirte er jedoch bei einem Sprung in's Wasser eine Leistenhernie rechts. Augenblicklich leidet er an Rhinitis atroph., Pharyng. atroph. und einem sehr starken Retronasal-Catarrh.

ζ) Frl. T. P., 25 Jahre alt, hat auch beständig an Verstopfung der Nase und Ansammlung von zähen Schleimmassen im Munde zu leiden, ausserdem sehr häufig Kopfweh. Als ich sie das erste Mal sah, bestand ein drückendes Gefühl im Halse und Kopfschmerz. Beides wurde durch Cocainpinselung prompt beseitigt, um am nächsten Tage wiederzukommen. Ende Januar 1886 ätzte ich die linke mittlere Muschel mit Chromsäure, worauf sehr bald starkes Unbehagen, Schüttelfrost, und ein vollständig ausgebildeter Gelenkrheumatismus von fast 4wöchentlicher Dauer eintrat; es wurden fast alle Gelenke nach einander befallen, besonders stark aber die Gelenke des linken Armes. Bemerkt sei dabei, dass ich auch hier, wie ich das gewöhnlich zu thun pflege, die Nase mit einigen Spritzen kalten Wassers gleich nach der Aetzung ausgespritzt habe, dass also wenig oder gar keine Chromsäure verschluckt sein konnte. Anfang Juli 1886 ätzte ich die rechte Seite mit Chromsäure und wieder traten ganz dieselben Erscheinungen auf, wie das erste Mal, nur schwächer; wieder waren es die Gelenke der oberen Extremität, die am meisten befallen waren. Weder vorher, noch nachher litt die Patientin an Gelenkrheumatismus.

Ich möchte hierbei an die merkwürdige Aehnlichkeit dieses Falles mit dem Hack'schen erinnern (Bericht der 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Freiburg, pag. 287). Sie hat doppelseitige Hernie und trägt Brille: R + 20 cyl. 100, L + 60 cyl. 80.

IV. Herr Jos. P., etwa 64 Jahre alt, leidet schon seit frühester Kindheit „am Halse", man hört ihn fortwährend sich räuspern, sobald man in seine Nähe kommt. Dieses war besonders stark vor etwa 25 Jahren, wo er auch seine doppelseitige Inguinalhernie aquirirte. Der Zustand im Hals besserte sich jedoch damals nach etwa einem Jahre, und zu gleicher Zeit fühlte er auch, dass sein Bruch besser wurde (Alles dies giebt Patient ohne Befragen an). Er trug deshalb das Bruchband volle 19—20 Jahre nicht, bis sein Halsleiden so schlecht wurde, wie es heute noch ist, und auch der Bruch vergrössert zum Vorschein kam. Jetzt leidet er sehr viel an Kopfschmerz und belästigt seine Umgebung durch das beständige Räuspern.

Diagnose: Rhinit. atroph., Retronasalcatarrh mit colossaler Schleimbildung und Pharyng. granulosa.

Dessen Frau keinerlei Symptome. Zwei von den Kindern sollen Hernien haben. Alle 5 aber leiden an Kopfschmerz, Verstopfung der Nase etc.

V. Herr Joh. P., etwa 62 Jahre alt, doppelseitige Inguinalhernie beiderseits seit etwa 20 Jahren, ist kurzsichtig; die Verhältnisse in der Nase und im Nasopharynx sind ähnlich, wie bei No. IV, nur sind die subjectiven Erscheinungen nicht so hervortretend, weil dieser Herr sich

Digitized by Google

viel im Freien bewegt; jedoch sind die Kopfschmerzen hier sehr stark ausgesprochen, ausserdem besteht chronischer Magencatarrh. Dessen Frau: nichts Abnormes.

Kinder:

α) Bei dem ältesten, 25jährigen Sohn wurde vor einigen Jahren eine „grössere" Operation an dem linken Auge vollzogen. Er leidet an Verstopfung der Nase. Schwache Hernie.

β) 23jähriger Herr, Anschwellung der Muscheln beiderseits (bereits von mir galvanocaustisch beseitigt) und Retronasalcatarrh.

γ) 19jähr. Mädchen. Sehr starke Verstopfung der Nase seit ihrer Kindheit. Ulcus ventriculi chronicum und Beweglichkeit der rechten Niere!!

δ) u. ε) Oft Stockschnupfen.

ζ) Hatte ad. Vegetationen, die ich vor einem halben Jahre entfernte. Seit der Zeit keine Beschwerden.

VI. Frau H. Sch., ähnlich wie No. IV, Ozaena, kurzsichtig, litt vor 10 Jahren an Asthma. Ihre älteste Tochter wurde von mir wegen Ulcera luetica narium behandelt, worauf nach 12jähriger Unterbrechung wieder eine Geburt erfolgte. Die jüngste Tochter leidet an Asthma. Bei den 3 anderen Geschwistern sind die Symptome von Nasenerkrankungen nur schwach ausgeprägt. Kein Bruch (angeblich!).

Unter diesen 77 Mitgliedern der Familie sind 17 mit Hernien behaftet — wir zählen die 2 als unsicher angeführten Hernien nicht mit —, also etwa 22 pCt.; davon sind aber 33 Personen unter 20 Jahren, so dass wir also mit Recht noch eine Steigerung der Procentzahl erwarten dürfen, da die meisten Brüche erst nach dem 20. Lebensjahre auftreten.

Sehr auffallend erscheinen die Krankengeschichten unter No. II und VI. Diese beiden Töchter des Stammvaters haben keinen Bruch und ebensowenig alle ihre directen Nachkommen (ausgenommen 2 Enkelkinder, vergl. pag. 315), während die Söhne des Stammvaters, wie er selber, alle an Bruch leiden und ebenso ein grosser Theil ihrer männlichen und weiblichen Nachkommen.

Frau Joh. M. war wohl die Einzige, die nicht an Erkrankung der oberen Luftwege gelitten hat. Ihre Kinder wurden sämmtlich auf dem Lande geboren, zogen aber später in die Stadt. So fühlte sich Herr H. M., der bis dahin auf dem Lande gelebt hatte, ganz wohl, bis er nach New-York zog und sich dort zur Ruhe setzte. Er hielt sich hier Tage lang in seinen Zimmern auf, die oft eine Temperatur von über 90° F. (21° R.) zeigten, eine Thatsache, von der ich mich persönlich oft genug zu überzeugen Gelegenheit hatte. Dass in dieser furchtbar trockenen Atmosphäre die Secrete im Pharynx noch mehr eintrockneten, und seine Kopfschmerzen, von denen er früher sehr wenig verspürt hatte, bedeutend steigerten, dürfte leicht erklärlich sein. Erst später wurden ihm jene Kinder geboren, von denen 2 adenoide Vegetationen haben, und gerade diese Beiden haben auch Hernien. Es fragt sich nun, was haben diese Kinder von ihrem Vater geerbt, die Anlage zum Bruch oder die Pharynx-Erkrankung? Wir glauben ohne Zweifel das letztere annehmen zu müssen. Denn es wäre doch mehr als merkwürdig, wenn gerade diese beiden Kinder, die sehr starke adenoide Vegetationen haben, zufällig von einer Hernie befallen sein sollten, während die anderen Kinder,

Digitized by Google

die zwar auch an Nasenverstopfung, aber in geringerem Grade leiden, davon frei geblieben sind.

Es wirkten hier dieselben Umstände mit, wie in dem Fall No. 415 der Casuistik, wo so zu sagen eine Verstopfung der Nase künstlich erzeugt wurde. Der Mann fiel auf die Nase und zog sich eine Scoliose des Septums zu. Dadurch wurde das Lumen des linken Nasenlochs bedeutend verringert, der Mann musste in Folge dessen grössere Anstrengungen machen, um die hinter dem Buckel sich stauenden Secretmassen zu entfernen, und 2 Jahre später hatte er auf der linken Seite eine Hernie.

Wir erinnern hierbei auch an den Fall No. 497. Dieser Mann gab ohne Befragen an, dass er die Hernie acquirirte, als er einmal seine Nase, die stets verstopft war, stärker blies als gewöhnlich.

Als die häufigste Ursache der Nasenverstopfung bei Kindern dürften wohl die adenoiden Vegetationen anzusehen sein. Wir treffen dieselben in obiger Familie als Complication der Hernien verhältnissmässig selten an (im Ganzen bei 3 Kindern). Um so häufiger und auffallender erscheint dies in der Casuistik. Es haben dort von 131 Kindern — wir rechnen dazu alle unter 18 Jahren — ganz ausgesprochenermaassen nicht weniger als 45 adenoide Vegetationen, also mehr als ein Drittel aller Fälle. Diese Zahlen sind doch zu gross, als dass man noch an Zufall glauben könnte. Wir werden vielmehr dadurch in unserer Annahme bestärkt, dass die Nasenverstopfung — also hier die adenoiden Vegetationen — das Primäre sein müsse, und können uns so ohne Schwierigkeit erklären, weshalb bei Kindern die Hernien leichter verheilen als bei Erwachsenen. Der Grund liegt einfach darin, dass die Vegetationen oft schon sehr frühzeitig regressiv werden, und so fällt mit der Ursache auch gleichzeitig die Wirkung fort. Erst später, wenn der Retronasalcatarrh etc. auftreten, sehen wir auch die Brüche wieder häufiger werden.

Wir können das Gebiet der adenoiden Vegetationen nicht verlassen, ohne — man verzeihe uns diese Abschweifung — 2 Complicationen derselben zu erwähnen, nämlich 1) Enuresis und 2) Chorea minor.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so hat zuerst G. W. Major aus Montreal, Canada, darauf aufmerksam gemacht*), und bald darauf wurden seine Ansichten auch von Ziem in Danzig bestätigt**). In unserer Casuistik haben wir von 45 mit Vegetationen behafteten Kindern nicht weniger als 9, die zugleich Enuresis hatten, und 2 mit nur schwacher Blase, d. h. sie mussten Nachts häufig aufstehen, um Wasser zu lassen.

Die Annahme, dass die Enuresis in directer Abhängigkeit von den adenoiden Vegetationen steht, könnten wir auch dadurch erweisen, dass wir einer ganzen Anzahl dieser Kleinen — es waren 5—6, wir können es leider nicht genau constatiren — die adenoiden Vegetationen operirten, worauf jedes Mal, ohne Ausnahme, die Enuresis beseitigt war. Sehr instructiv war in dieser Beziehung der Fall No. 22. Er betraf ein hoch aufgeschossenes junges Mädchen von 15½ Jahren. Dasselbe hatte eine seit 6 Jahren bestehende doppelseitige Inguinalhernie; zugleich hatte sie

*) The Medical Record, 22. November 1884.

**) Allgem. Medicin. Central-Zeitung No. 64, 1885, und Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.

Digitized by Google

adenoide Vegetationen und litt furchtbar an Enuresis nocturna. In zwei Sitzungen, am 3. Januar und 15. Januar 1887, wurden die adenoiden Vegetationen in der hiesigen Deutschen Poliklinik von mir entfernt und am 3. Februar waren alle Beschwerden geschwunden. — Am 29. August 1887, also nach einem halben Jahre, sah ich Patientin zufällig wegen einer acuten Pharyngitis wieder und war erstaunt über ihr gutes Aussehen. Sie schnarcht Nachts nicht mehr, kann das Wasser die ganze Nacht anhalten, und was gar nicht nebensächlich ist, die beiden Hernien sind vollständig in den 6 Monaten verheilt. Ihr Arzt, Dr. Mc. Reynolds, den ich als tüchtigen Herniologen kenne, lässt sie nur noch zur Sicherheit einige Zeit lang das Bruchband tragen.

In Bezug auf den zweiten Punkt hat A. Jacobi*) Zuckungen in den verschiedensten Muskeln beobachtet, welche er auf den gleichzeitig bestehenden Rachencatarrh zurückführte. Auch wir können uns dieser Ansicht nach den Erfahrungen, die wir seitdem gesammelt haben, nur anschliessen. Es finden sich mehrere Fälle in der Casuistik und in der Familiengeschichte. Besonders hervorheben möchten wir aber die Fälle, wo neben adenoiden Vegetationen Stottern vorhanden war. Es ist dies wohl auch nichts Anderes, als eine locale Chorea, die sich in Zuckungen der einzelnen Muskelfasern äussert und veranlasst wird durch ungenügenden Vorrath an Luft. Derselbe macht sich besonders dann bemerkbar, wenn der Patient zu sprechen intendirt. — Ein hinreichender Vorrath an Luft ist die erste Bedingung, die Merkel zur Silbenbildung für unerlässlich hält. Demnach wird, wenn wir uns einen Stotterer, wie es oben der Fall ist, mit adenoiden Vegetationen behaftet denken, diesem nicht die nöthige Herrschaft über die Athmung fehlen, wie Kussmaul**) glaubt, sondern es fehlt ihm eben das nöthige Quantum Luft, und alle Bemühungen, das Stottern zu heben, die jetzt damit beginnen, die Patienten zu lehren, mehr und tiefer einzuathmen, also ihnen mehr Luft zu verschaffen, dürften wohl durch Entfernung der adenoiden Vegetationen oder anderer Verstopfungen am schnellsten von Erfolg gekrönt sein.

Ich bedauere, bemerken zu müssen, dass ich leider noch nicht Gelegenheit bekam, einen derartigen Fall operativ zu behandeln; ich werde es aber nicht versäumen, bei der nächsten sich darbietenden Gelegenheit zu versuchen.

Bevor ich nun zur Aufzählung der einzelnen Fälle übergehe, muss ich gestehen, dass ich unter diesen 500 Fällen keinen einzigen gefunden habe, den ich als vollständig normal in Bezug auf Nase und Pharynx bezeichnen möchte, und ich bezweifele es auch, ob das überhaupt in New-York möglich ist. Wenn ich dennoch viele Fälle als normal markirt habe, so geschah es aus dem Grunde, weil die vorhandenen Veränderungen entweder sehr gering waren, oder doch so, dass sie für unsere Betrachtung nicht massgebend erschienen. So erhielt ich denn nach genauerer Sichtung und indem ich nur die schwersten Verstopfungen mitzählte, 143 Fälle — die adenoiden Vegetationen sind unter diesen

---

*) Partial and sometimes general chorea minor from naso-pharynx reflex. Amer. Journ. of the Med. Sciences 1886, pag. 517.

**) Störungen der Sprache. Leipzig 1885.

Digitized by Google

143 Fällen mit einbegriffen —, welche einen unbedingten chirurgischen Eingriff erforderten.

Wenn man bedenkt, dass ich noch alle jene Fälle von vornherein ausgeschlossen habe, wo vor Auftreten der Hernie Husten oder längere Stuhlverstopfung vorhanden war, so ist das Resultat ein so grosses, dass es wohl der Beachtung würdig erscheinen dürfte.

(Fortsetzung folgt.)

Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle.

Von

Dr. **J. Killian** in Worms.

(Schluss aus No. 10.)

Ganz erheblich seltener sind diejenigen Eiterungen, welche durch Fortleitung von Seiten der Nase her entstanden sind. Uns wenigstens sind solche Vorkommnisse bisher nicht begegnet. Wir haben seit einiger Zeit sämmtliche Fälle von genuiner Ozaena, die uns zur Beobachtung kamen, daraufhin untersucht. Vermöge der Atrophie ihrer Muscheln eignen sich gerade diese Nasen zu Sondirungen des Hiatus semilunaris eventuell der accessorischen Kieferhöhlenöffnung; hier und da gelang es durch Ausspülung, eine Schleimflocke herauszuschwemmen, jedoch war niemals das Vorhandensein einer irgend wie erheblichen Menge Eiters im Antrum nachzuweisen. Vielmehr scheint es in Folge von Nasenkrankheiten speciell zu dem von Zuckerkandl beschriebenen sulzigen Oedem der Höhlenschleimhaut zu kommen, dessen Entstehung wohl am ungezwungensten auf Abschluss der Communication mit der Nasenhöhle, Resorption und Verdünnung der abgesperrten Höhlenluft zurückzuführen ist. Die Höhlenschleimhaut befindet sich sodann unter manometrischen Bedingungen, welche grosse Analogie mit jenen haben, unter denen wir eine der Saugwirkung eines trockenen Schröpfkopfes ausgesetzte Hautparthie sehen. Wir folgen also hierbei Gesichtspunkten, wie sie im Wesentlichen bereits von Hartmann geltend gemacht wurden.

Jedenfalls spielen in der Aetiologie der Kieferhöhleneiterungen Traumen eine beachtenswerthe Rolle. Ein Bluterguss in die Höhle wird sehr leicht verjauchen und kann dann fötide Eiterung im Gefolge haben. Andere Fälle beruhen auf Caries und Necrose der knöchernen Wandungen des Sinus, ferner auf Neubildungen, welche von denselben oder der Schleimhaut ausgehen und dergleichen; dabei ist das Empyem jedoch nur Begleiterscheinung, und sehen wir in dem Folgenden von den so begründeten Fällen gänzlich ab.

Patienten mit Kieferhöhleneiterung klagen fast regelmässig über Kopfschmerzen, und zwar in der Stirn- und Augenbrauengegend, dem oberen Lid und der Orbita. Ziehender oder dumpfer Schmerz in der Tiefe der betreffenden Wange wurde mir jedoch nur dann angegeben, wenn der cariöse Zahn selbst schmerzhaft war. Ziem und B. Fränkel haben, gestützt auf das häufige periodische Auftreten jener Kopfschmerzen,

Digitized by Google

zeitweilige Erschwerung des Eiterabflusses durch Verlegung der Communication mit der Nase als Ursache angenommen. Nun ist es immerhin bemerkenswerth, dass der Sitz des durch Empyem des Sinus maxillaris hervorgerufenen Schmerzes so regelmässig die Stirngegend ist, während der dem Krankheitsgebiete so nahe N. infraorbitalis sich ziemlich indifferent verhält. Vielleicht dürfte uns dieses Factum veranlassen, den Grund hierfür in einer Mitbetheiligung der Stirnbeinhöhle zu suchen, welche ebenfalls in den Hiatus semilunaris einmündet. Wir stellen uns vor, dass durch secundäre Schwellung der Schleimhaut des Infundibulum eine Absperrung der Luft in der Stirnbeinhöhle mit den oben geschilderten Folgen entsteht.

Schwellung der Nasenschleimhaut ist überhaupt fast immer vorhanden, jedoch in sehr wechselndem Maasse. In vielen Fällen leidet die Nasenathmung, öfter beschränkt sich die Schwellung auf die oberen Theile der Nase, speciell das Operculum und die Schleimhaut des mittleren Nasenganges. Demgemäss haben die Patienten fast regelmässig ein Gefühl von Verstopftsein der Nase, auch wenn die Nasenathmung frei ist. Damit verbindet sich häufig Schwindel und Unlust an geistiger Arbeit. Eine sehr häufige Erscheinung ist eitriger, und zwar vielfach fötider Ausfluss aus der Nase. Derselbe kann sehr profus sein, aber auch gänzlich fehlen. So sind uns Fälle vorgekommen, wo zu keiner Zeit im vorderen Nasenabschnitt Eiter gefunden werden konnte. Oft treten Klagen über übeln Geruch und Geschmack ganz besonders in den Vordergrund, was dann eine sehr reelle Unterlage hat, und so manche Paraesthesia gustatoria, Kakosmia und Hallucination des Geruchs- und Geschmackssinns mag wohl ähnlich motivirt gewesen sein. Manche Kranke geben an, dass der Eiterabfluss beim Bücken sich steigere, oder dass gerade dann der üble Geruch sich besonders fühlbar mache. Ziem beobachtete ferner Röthung und Schwellung der Nasenspitze, Speichelfluss, Hornhautgeschwüre und Narben, Otitis media purulenta und simplex, endlich Orbitalabscess[6]). Früher führte man Gesichtsfeldeinengung und Blindheit unter den Symptomen auf, doch deuten diese Erscheinungen nach Allem, was wir neuerdings erfahren, mehr auf Erkrankung des Sinus sphenoidalis hin[7]).

Der Abfluss des aus dem Antrum stammenden Eiters vollzieht sich theilweise, nicht selten ausschliesslich, nach dem Pharynx hin. Man findet das Secret auf der hinteren Rachenwand; oft fällt ein Eiterstreifen auf, der aus dem mittleren Nasengang kommend sich quer über das Ostium pharyngeum der Tuba zur seitlichen und hinteren Pharynxwand hinzieht. Aber auch am Rachendach, in der zwischen Protuberantia atlantis anterior und Choanen gelegenen Vertiefung, sowie in den Recessus laterales ist der Eiter nachzuweisen. Dorthin wird er durch den Schlingact gedrängt. Hierbei legt sich das Gaumensegel an die hintere Rachenwand in der Gegend der Protuberantia atlantis anterior an, die Tubenwülste rücken

---

[6]) Allgem. med. Central-Ztg. 1887, No. 37.

[7]) Berger und Tyrmann: Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbein-Labyrinthes etc.

Digitized by Google

medianwärts und nach oben, so dass nun in Folge der bedeutenden Verengerung des unteren Abschnittes des Nasenrachenraums etwa hier befindliches Secret nach vorn oben ausweichen muss und in die erwähnte Vertiefung gelangt. Jeder Zeit kann dieser Vorgang willkürlich imitirt werden, indem man der Versuchsperson ein Paar Tropfen irgend einer gefärbten Flüssigkeit, z. B. Carminlösung, in den unteren Nasengang träufelt, den Kopf gerade so viel, dass die Flüssigkeit eben in den Rachen fliesst, nach hinten beugen und darauf eine Schlingbewegung ausführen lässt. Es findet sich dann das ganze Rachendach gefärbt bis auf den vordersten Theil unmittelbar hinter den Choanen, der frei bleibt. Auch durch kräftiges Einschnauben scheint Nasensecret dorthin geführt werden zu können. Wenigstens findet man pulverförmige Substanzen, z. B. Jodoform, das man in die Nase bringt, sogleich dort, nachdem der zu Untersuchende kräftig durch die Nase Luft eingezogen hat. Dass die hintere Fläche des Gaumensegels beim Schlingen in die Nähe der Grube am Rachendache kommt, beweist auch der Schleimfaden, welchen man bei Untersuchung des Nasenrachenraumes so oft zwischen beiden brückenförmig sich ausspannen sieht. Das Gesagte gilt natürlich von Nasensecreten jeder Herkunft. Wir fühlten uns deswegen bewogen, auf diese Verhältnisse hier näher einzugehen, weil wir bei Empyem der Kieferhöhle wiederholt einzig durch die hintere Rhinoscopie, und zwar an den beschriebenen Stellen, den Eiter fanden und zur richtigen Diagnose geführt wurden, nicht minder, weil einzelne Patienten unsere Hilfe angeblich nur wegen Beschwerden von Seiten des Halses in Anspruch nahmen, während die genauere Untersuchung als Ursache des eitrigen Retronasalcatarrhs Empyem des Antrum Highmori nachwies.

Um zur Diagnose dieser Affection zu gelangen, bediente sich Ziem der Methode der Exclusion, während B. Fränkel mit Recht den positiven Nachweis des Secretabflusses aus den natürlichen Ostia naso-maxillaria verlangt. Kaum eine zweite Erkrankungsform im Bereiche der obersten Luftwege dürfte bis in die allerneueste Zeit so häufig übersehen worden sein, als gerade die Eiterungen des Sinus maxillaris. So haben wir es uns denn zur Regel gemacht, in allen Fällen von hartnäckigem Stirnkopfschmerz, Verschwellung der Nase, foetider und einfacher Eiterung aus derselben, bei Klagen über zeitweise auftretenden üblen Geruch und Geschmack, bei Anwesenheit eitrigen Secretes im Nasenrachenraum an die Möglichkeit einer Nebenhöhleneiterung, speciell der häufigsten derselben zu denken. Naturgemäss richten wir unsere Aufmerksamkeit zunächst auf den mittleren Nasengang. Durch Aufpinseln einer stärkeren Cocainlösung wird die Untersuchung oft merklich erleichtert. Man muss sich dann unter Beihilfe der vorsichtig geführten Sonde die Gegend des Hiatus und der accessorischen Oeffnung, soweit dies möglich ist, dem Auge freilegen, für dies nicht erreichbare Stellen abtasten. Kann man auf diese Weise nicht constatiren, dass aus den natürlichen Oeffnungen Eiter herausfliesst, so lasse man den Patienten Bauchlage einnehmen und den Kopf stark abwärts senken; auch ist es nach Hartmann zweckmässig, das Politzer'sche Verfahren anzuwenden. In zweifelhaften Fällen ist mehrmalige Untersuchung nöthig. Zuweilen kann der Eiterabfluss aus dem mittleren Nasengang, sogar der Nach-

Digitized by Google

weis von Eiter überhaupt nur durch die hintere Rhinoscopie erbracht werden, was nicht so auffallend ist, wenn man sich erinnert, dass die Nasengänge choanenwärts leicht abschüssig verlaufen.

Steht die Herkunft des Eiters aus dem mittleren Nasengange fest, so darf man nur in einem Falle sofort auf Empyem der Kieferhöhle schliessen, nämlich nur dann, wenn der Abfluss aus der accessorischen Oeffnung erfolgt. Dieser Nachweis ist uns in dem ersten der oben mitgetheilten Fälle gelungen. Da dieses Ostium sich jedoch nur in jedem 9.—10. Falle findet, so wird sich das Secret zumeist in den Hiatus semilunaris hinein verfolgen lassen. In diesen münden nun aber ausser dem Antrum Highmori weiterhin der Sinus frontalis und die vorderen Cellulae ethmoidales, und so gilt es denn, zu entscheiden, aus welcher dieser Nebenhöhlen der Eiter stammt. Da die Kieferhöhle unter letzteren weitaus am häufigsten erkrankt, so spricht a priori die grössere Wahrscheinlichkeit für sie als den Sitz der Eiterung.

Man hat nun alle Ursache, eine genaue Untersuchung der oberen Zahnreihe vorzunehmen und festzustellen, ob hier im Bereiche der Backzähne Caries besteht oder bestanden hat. Sind Zahnlücken vorhanden, so empfiehlt es sich, die Zahnfächer, besonders die der buccalen Wurzeln, zu sondiren, und man kann häufig finden, dass die Sonde bei sehr mässigem Drucke in die Höhle eindringt. Folgt sodann eine vorsichtige Ausspülung von hier aus nach, so ist die Diagnose rasch gesichert. Wir sind wiederholt auf diese Weise zu einem prompten Resultate gelangt. Dringt die Sonde nicht bei mässigem Druck in das Antrum ein, so ist es nicht rathsam, das Eindringen zu forciren, sondern besser, die weiteren differentialdiagnostischen Methoden zu prüfen. Erscheint der Eiter im Hiatus oder verstärkt sich dessen Abfluss aus demselben in Bauchlage bei hängendem Kopfe, so spricht dies sehr für Empyem der Kieferhöhle, weil deren Oeffnung nahe der oberen Höhlenwand liegt, während die Ostien der Stirnbeinhöhle und der Siebbeinzellen an deren Boden angebracht sind. Da sich, wie Jurasz[8]) gezeigt hat, die Stirnbeinhöhle sehr häufig sondiren lässt, so kann man auf diese Weise feststellen, ob in derselben Eiter sich befindet. Dagegen gelingt unseres Erachtens die Sondirung der Kieferhöhle durch den Hiatus semilunaris hindurch für gewöhnlich nicht so ganz sicher. Meistens muss man sich begnügen, den Schnabel des feinen Catheters zwischen die Lippen des Hiatus in das Infundibulum vorzuschieben. Macht man nun eine Einspritzung, so wird ja wohl ein Theil der Flüssigkeit in das Antrum dringen und auch etwa vorhandenes Secret wenigstens theilweise herausschwemmen. Ganz das Gleiche wird aber auch in Bezug auf die vorderen Siebbeinzellen der Fall sein, so dass immer noch die Frage zu beantworten ist, ob der Eiter aus dem Antrum oder den Cellulae herrührt. So ist es denn viel einfacher und sicherer, in etwa zweifelhaften Fällen zur Probepunction zu schreiten, welche man sowohl vom mittleren, als vom unteren Nasengange aus vornehmen kann. Wählt man den ersteren, so empfiehlt sich der Theil der lateralen Nasenwand, welcher zwischen dem Anhaftungsrande der unteren Muschel, dem Processus uncinatus des

[8]) Berliner klinische Wochenschrift 1887, No. 3.

Digitized by Google

Siebbeins und dem Gaumenbein liegt, weil hier, wie Zuckerkandl gezeigt hat, die mediale Wand der Oberkieferhöhle in mehr minder grosser Ausdehnung des knöchernen Verschlusses entbehrt und nur von Schleimhaut gebildet wird. Krause[9]) hat einen Troicart für die Punction angegeben.

Wiederholt beobachtete man spontanen fistulösen Durchbruch des Eiters in den unteren Nasengang. Dann ist die Diagnose von hier aus mit der Sonde leicht zu stellen. Das Empyem der Kieferhöhle ist für die Therapie ein dankbares Object.

Durch Pflege der Zähne, durch rechtzeitige und rationelle Behandlung der Verletzungen und Krankheiten derselben dürften wohl die meisten Kieferhöhleneiterungen verhütet werden können. Auch die Behandlung der Krankheit erfordert in erster Linie Berücksichtigung der Zahnkrankheit, welche zu Grunde liegt: also sorgfältigste Desinfection und Füllung der Zahnhöhle nach allen Regeln der Technik oder Extraction. Erst dann hat die locale Therapie des Empyems, welche in der gründlichen Durchspülung der Kieferhöhle besteht, Aussicht auf nachhaltigen Erfolg.

Wir möchten hier bemerken, dass uns stets eine erwärmte gesättigte Borsäurelösung zum Ziele geführt hat. Besteht eine fistulöse Verbindung zwischen unterem Nasengang und Kieferhöhle, so schiebt man die Irrigationscanüle durch diese, event. nach Erweiterung derselben, in das Antrum vor. Im Uebrigen gehen die Ansichten über die einzuschlagenden Methoden weit auseinander. Man kann letztere am übersichtlichsten in folgender Weise gruppiren:

1) Eingehen durch die natürlichen Höhlenostien,
2) Anlegen künstlicher Zugänge
   a) von der Mundhöhle, b) von der Nase aus.

Das reguläre Ostium naso-maxillare liegt in der Tiefe des Infundibulum. Man gelangt zu demselben vom mittleren Nasengang aus, nachdem man den Hiatus semilunaris, d. i. die halbmondförmige Spalte zwischen Processus uncinatus des Siebbeins und der Bulla ethmoidalis, passirt hat. Wie Zuckerkandl sehr richtig bemerkt, führt dieser Weg zunächst durch das Siebbein hindurch. In der Regel ist der Hiatus enge, das Infundibulum tief, so dass es sehr oft unüberwindliche Schwierigkeiten hat, die Irrigationscanüle wirklich bis in das Antrum selbst auf diesem Wege vorzuschieben, was doch zur Erzielung eines prompten Erfolges durchaus wünschenswerth ist. Nun hat aber Zuckerkandl gezeigt, dass gar nicht so selten Fälle vorkommen, wo der Hiatus und das reguläre Ostium weit sind bei flachem oder fehlenden Infundibulum. Ein Mal beobachtete dieser Forscher eine geradezu enorme Communications-Oeffnung, welche direct vom mittleren Nasengange in das Antrum führte.

Wenn wir bedenken, dass in den ersten Fötalmonaten die Kieferhöhle noch gänzlich in dem mittleren Nasengange aufgeht, dass erst später eine Trennung beider entsteht, so kann die Deutung der Variationen in den erwähnten anatomischen Verhältnissen nicht schwierig sein.

---

[9]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1887, No. 3.

Digitized by Google

Jene letzteren Fälle sind es nun gerade, welche zur erfolgreichen Benutzung des regulären Ostium für die Therapie einladen. Vielleicht noch günstigere Bedingungen gewährt eine etwas grössere accessorische Oeffnung; durch eine solche gelang es uns, einen schweren Fall von Empyem des Antrum (s. o.) rasch und definitiv zur Heilung zu bringen.

Allouel[10]) soll zuerst durch die natürliche Oeffnung im Infundibulum Einspritzungen gemacht haben. Den gleichen Weg betraten in der Neuzeit mit Erfolg Michel[11]), Hartmann[12]) und Störk[13]). Wir können daher Jenen nicht beipflichten, welche die Methode verwerfen, auch nicht denjenigen, welche sie als Universalmethode empfehlen, sondern halten es für das Richtige, in jedem Falle durch eine genaue Untersuchung der natürlichen Höhlenostien festzustellen, ob die Methode anwendbar ist und erst dann, wenn sie keine Aussicht auf Heilung bietet, zur Operation zu schreiten.

Die operative Eröffnung der Kieferhöhle wird entweder von der Nasenhöhle oder der Mundhöhle aus vorgenommen. Es ist aber eine Communication zwischen Antrum und Cavum oris, wegen der übelen Folgen des Eindringes von Speisetheilen u. dergl. in einen pneumatischen Hohlraum, im Allgemeinen nicht wünschenswerth, und so hat denn das erstere Verfahren theoretisch wenigstens den Vorzug. Anders gestaltet sich die Sache, wenn die Sonde das factische Bestehen einer solchen Communication nachweist; dann liegt kein Grund vor, dieselbe nicht im Sinne der Therapie zu verwerthen.

Hyrtl, Hunter und Andere empfahlen vom mittleren Nasengange aus durch den häutigen Theil der medialen Kieferhöhlenwand sich den Weg zu bahnen. Jedoch liegen unseres Wissens wenigstens aus der neueren Zeit keine Erfahrungen vor, welche ein genügendes Urtheil über den Werth dieser Methode gestatten. B. Fränkel befürwortet das Verfahren von Mikulicz[14]), wobei die Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus zugänglich gemacht wird. Wir haben bisher zwei Mal nach Mikulicz mit dessen Instrument operirt und sind damit leicht zum Ziele gekommen. Doch lässt es sich nicht läugnen, dass dieses Instrument ziemlich viel Raum beansprucht und oft eine Controle durch das Auge nicht gestattet, weshalb wir es im Allgemeinen vorziehen, vermittelst eines gebogenen Troicarts vom unteren Nasengange aus vorzugehen.

Um vom Munde aus in das Antrum vorzudringen, hat man die Fossa canina (Desault), den Gaumen, die Wurzel des Jochfortsatzes und den Alveolarfortsatz (Cooper) zum Operationsfelde gewählt. Nach unserem Erachten ist nur letztere Stelle empfehlenswerth. Bestehen im Bereiche der Backzähne Lücken, oder ist die Extraction eines dieser Zähne nothwendig und vollzogen worden, so sondire man die Alveole, besonders die buccalen Wurzelfächer, findet sich Communication mit der Kiefer-

---

[10]) Näheres Cloquet Ophresiologie, deutsch Weimar 1884, nach dem Citat B. Fränkel's.

[11]) Die Krankheiten der Nasenhöhle etc. 1876, pag. 44.

[12]) Berliner klin. Wochenschrift 1884, No. 21.

[13]) Naturforscher-Versammlung in Berlin 1886.

[14]) XV. Deutscher Chirurgen-Congress.

Digitized by Google

höhle oder lässt sich dieselbe durch geringen Sondendruck herstellen, so erweitere man die Oeffnung und spüle durch dieselbe aus.

Fassen wir das über die Therapie Gesagte zusammen, so kommen wir zu dem Schlusse, dass es besser ist, sich durch die besonderen Eigenthümlichkeiten des jeweiligen Falles in der Wahl der Behandlungsmethode bestimmen zu lassen, als eine bestimmte Methode auf alle Fälle auszudehnen. Von diesem Gesichtspunkte aus waren für unser therapeutisches Handeln folgende Indicationen maassgebend: 1) Wurzelreste und nicht füllbare cariöse Backzähne sind zu extrahiren, die Zahnlücken zu sondiren. Besteht Communication mit dem Antrum oder wird solche durch leichten Sondendruck erzielt, so spüle man von hier aus. 2) Ist letzteres nicht der Fall, so prüfe man die Beschaffenheit der natürlichen Ostien; erlauben diese ein sicheres Eingehen in die Höhle, so benutze man diese Oeffnungen zum Einführen der Irrigationscanüle; ist dies aber nicht thunlich, so gehe man nach Mikulicz vom unteren Nasengange aus vor. 3) Sind keine Zahnlücken da, und ist der cariöse Zahn einer conservativen Behandlung zugänglich, so lasse man denselben nach sorgfältigster Desinfection seiner Pulpahöhle füllen und verfahre wie unter No. 2 gesagt ist. 4) Besteht Eiterung ohne Zahncaries, so gilt das Gleiche.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Otologische Section des Internationalen medicinischen Congresses 1887. (Med. Record, 10. September 1887.)

Sitzung vom 5. September.

S. S. Bishop aus Chicago verlas einen Bericht über 5700 Ohrenkranke mit besonderer Rücksicht auf die Rolle, welche Alter, Geschlecht und Beschäftigung in der Aetiologie der Ohrenkrankheiten spielen. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Das jugendliche Alter ist ein prädisponirendes Moment. Mehr als der vierte Theil seiner Fälle betraf Individuen unter 15 Jahren.

2) Der Geschlechtsunterschied spielt in der Aetiologie von Ohrenkrankheiten keine Rolle.

3) 80 pCt. seiner Fälle waren chronischer Natur und 90 pCt. betrafen das Mittelohr.

4) Die ätiologischen Factoren des Naso-Pharyngealcatarrhs sind auch die des Mittelohrcatarrhs.

5) Unter den Ohrenkranken prädominirt das nervöse Temperament.

B. Löwenberg aus Paris sprach über die Bacteriologie und Behandlung der Ohrfurunkeln. Er stellte in einer Anzahl von Fällen von noch uneröffneten Furunkeln bacteriologische Untersuchungen in der Weise an, dass er nach Ausspritzung des Gehörganges denselben 10 Minuten lang mit einer lauwarmen Sublimatlösung (1 : 2000) anfüllte und dann den Eiter entleerte. Dieser wurde auf Agar-Agar oder Nährgelatine übertragen und zu Reinculturen verwendet. Vorherrschend erwies sich der Staphylococcus albus, der nur in einem einzigen Falle ganz fehlte. Neben

Digitized by Google

ihm fand sich Staphylococcus aureus und manchmal auch Staphylococcus citreus. In einem einzelnen Falle wurden alle drei Gattungen nebeneinander aufgefunden. Diese Resultate weichen von denen von Kirchner in Würzburg insofern ab, als letzterer blos Staphylococcus albus constatiren konnte.

Sitzung vom 6. September.

T. E. Murrell aus Little Rock (Arkansas) sprach über Eigenthümlichkeiten des Baues und der Krankheiten des Ohres bei den Negern unvermischter Race. Ohrenerkrankungen kommen bei Negern weniger häufig vor als bei Weissen, und demgemäss wird auch Schwerhörigkeit bei ihnen seltener beobachtet. Anatomische Eigenthümlichkeiten des Negerohres bestehen in Folgendem: Die Ohrmuschel ist klein und dem Kopfe dicht anliegend. Der äussere Gehörgang ist weit, geradegestreckt und von geringerer Länge, als bei der weissen Race. Das Trommelfell ist in allen Durchmessern grösser und gegen die Achse des Gehörganges weniger geneigt. Der Warzenfortsatz ist wenig ausgebildet. Der Pharynx ist weit und geräumig, der Abstand der Gaumenbögen gross. Ebenso sind die Nasenhöhlen und Choanen sehr geräumig und durch Septumdeviationen veranlasste Stenosen finden sich nur selten. Ohrenschmalzpfröpfe und Otitis parasitica sind seltener als bei Weissen. Acute eitrige Mittelohrentzündung kommt bei Negerkindern häufig genug vor, aber doch nicht so häufig wie bei kaukasischen; sie heilt gewöhnlich ohne stärkere Einbusse des Gehörvermögens. Chronische Mittelohreiterung ist viel seltener und Entzündung des Warzenfortsatzes äusserst selten. Otitis media catarrhalis chronica ist ungewöhnlich.

Die Anzahl der Taubstummen ist eine relativ sehr kleine.

An der Discussion über diesen Gegenstand betheiligten sich C. M. Hobby aus Jowa City, Robert Tilley aus Chicago, L. Turnbull aus Philadelphia, S. O. Richey aus Washington und George E. Frothingham aus Ann Arbor (Michigan).

John F. Fulton aus St. Paul sprach über primäre Entzündung des Antrum mastoideum. Die Diagnose dieser Krankheit ist um so schwieriger, als die übrigen Theile des Gehörorgans sich dabei normal verhalten. Das Gehörvermögen ist nicht vermindert und es giebt kein Ohrensausen. Gewöhnlich wird diese Krankheit als Neuralgie angesprochen und die wahre Natur derselben erst dann erkannt, wenn sich ein nach aussen drängender Abscess zeigt. Der Schmerz, welcher das Hauptsymptom der Erkrankung bildet, wird häufig nicht in die Gegend des erkrankten Warzenfortsatzes, sondern nach einem anderen Theile des Kopfes verlegt.

Geo. E. Frothingham aus Ann Arbor (Mich.) sprach eingehend über die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes und über die Heilung der dadurch gesetzten Wunde; Robert Tilley aus Chicago über eitrige Mittelohrentzündung bei hereditärer Syphilis; und C. M. Hobbey aus Jowa City über Taubheit in Folge von Cerebrospinalmeningitis. Letzterer betonte, dass viele von den Fällen, welche in der Statistik der Taubstummenanstalten als taubgeboren angeführt werden, in Wirklichkeit im frühesten Kindesalter durch Cerebrospinalmeningitis ertaubt sind. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Aerztlicher Bericht über die Taubstummen in der Anstalt zu Berkeley, Californien. (Expert Medical Report on One Hundred and Fiftyeight Inmates of the Institution for the Deaf and Dumb and the Blind at Berkeley, Cal.) Von A. Barkan in San Francisco. (Separat-Abdruck aus den „Transactions of the Medical Society of the State of California for the Years 1886—87".)

Die Anzahl der untersuchten Taubstummen betrug 122. Tabelle I führt die Ursachen der Taubstummheit wie folgt an: Angeboren 44, Scharlach 14, „Spinalmeningitis" 10, „Gehirnfieber" 10, Ursache unbekannt 9, dasselbe, wahrscheinlich congenital 8, Cerebrospinalmeningitis 4, Abdominaltyphus 4, Masern 4, Kopfverletzung 1, Mumps 1, „Heredität" 1, Hydrocephalus 1, Malaria 1, Diphtherie 1, Intermittens 1, Krämpfe 1, „Krankheit" 1. Die Angaben sind nach Aussage der Eltern und Vormünder reproducirt.

Blutsverwandschaft der Eltern wurde in 9 Fällen constatirt.

Auffallend gross (23 pCt.) war die Anzahl von taubstummen Zöglingen, welche Hutchinson'sche Zähne zeigten, häufig mit eingesunkener Nase, prominenten Sinus frontales und welker Beschaffenheit der Haut verbunden.

Dem Geschlechte nach waren 73 männlich und 49 weiblich.

Wegen weiterer Einzelheiten muss auf die ausführlichen Tabellen im Original verwiesen werden. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Rhinologische:

Ueber die operative Behandlung des Choanenverschlusses. (The Comparative Study of Some of the Methods of Treatment Best Adapted to the Relief of Occlusion of the Posterior Nares.) Von Alexander W. Mac Coy in Philadelphia. (Verh. des 9. Congresses der Amer. Laryng. Association. — N.-Y. Med. Journal, 22. Oct. 1887.)

Verf. bespricht die Behandlung des durch Hypertrophie der Weichtheile verursachten Verschlusses der Nasenhöhle durch die Jarvis'sche Methode (Transfixion mittelst einer Nadel und Abschnürung mittelst der Drahtschlinge), durch die Galvanocaustik und durch Chromsäureätzung. Er zieht die letztere Methode den beiden anderen vor. Zur Application der Chromsäure verwendet er einen gedeckten Aetzmittelträger, dessen Abbildung den Artikel begleitet.

In der Discussion stand Jarvis (New-York) für seine Methode ein, während C. C. Rice (New-York) und Donaldson (Baltimore) sich wie Verf. für die Chromsäure-Behandlung aussprachen.

A. Sch. (N.-Y.).

Eine bequeme Art, fremde Körper aus der vorderen Nasenöffnung zu entfernen. (A ready method of removing foreign bodies from the anterior nares.) Von Osborne-Walker. (Lancet, 17. Sept. 1887.)

Einwickeln des Kindes in ein Tuch, Stellung des Arztes hinter den Patienten; Einführung des löffelförmigen Endes einer Sonde bis hinter den Fremdkörper, Herausschnellen desselben. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Ein neues galvanocaustisches Instrument für den Gebrauch in engen Höhlen, besonders für die Behandlung von Nasengeschwülsten, ist in der Nummer der Lancet vom 1. October 1887 abgebildet. Es ist angegeben von Spencer Watson, verfertigt von Messrs. Krohne und Sesemann. Es ist sehr fein gebaut, der Cauter wird beim Schliessen des Stroms aus einer Röhre hervorgedrückt. Dr. M. Schm.

Ueber die Behandlung der Rhinitis atrophica mittelst des galvanischen Stromes. (On the Treatment of Atrophic Rhinitis by Applications of the Galvanic Current.) Von D. B. Delavan in New-York. (Verh. d. 9. Congresses d. Amer. Laryngol. Association. — N.-Y. Med. Journal, 22. October 1887.)

Verf. hat gute Resultate durch Anwendung des galvanischen Stromes bei Rhinitis atrophica sowohl, wie auch bei einigen Fällen von Rhinitis hypertrophica erzielt. Er applicirt die positive Electrode auf den Nacken und die negative, bestehend aus einem Kupferdraht, um welchen etwas angefeuchtete hydrophile Watte gewunden ist, auf die Nasenschleimhaut. Die Stromstärke soll 4—7 Milliampères betragen, die Dauer der Sitzungen 5—12 Minuten. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber die Anwendung submucöser Injectionen bei chronischen Nasen- und Rachen-Affectionen. (Submucous Injections in Chronic Throat and Nasal Diseases.) Von W. F. Chappell in New-York. (Med. Record, 22. October 1887.)

Verf. macht bei Naso-Pharyngealcatarrh und folliculärer Pharyngitis mittelst einer Pravaz'schen Spritze, die mit einer, dem Zwecke entsprechend, langen und gekrümmten Nadel versehen ist, multiple submucöse Injectionen von je einem Tropfen Carbolglycerin oder von einer saturirten Lösung von Monochloressigsäure. A. Sch. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Heilung eines Naso-Pharyngealtumors mittelst Electrolyse. (Recurrent Naso-Pharyngeal Tumor. Cure by Electrolysis. Exhibition of the Patient.) Von Rufus P. Lincoln in New-York. (Verh. d. Congresses d. Amer. Laryngol. Association 1887. — N.-Y. Med. Journal, 22. October 1887.)

Es handelte sich um ein rosskastaniengrosses Recidiv eines von anderer Hand schon operirten Falles. Verf. machte 16 Applicationen in Zwischenräumen von 4 — 6 Tagen. Zur Zeit der Vorstellung, ein Jahr nach der Heilung, war Patient noch frei von Recidiven.

A. Sch. (N.-Y.)

Fall von hysterischer Stummheit beim Manne. (Cas de mutisme hystérique chez l'homme.) Leçon du professeur Charcot recueillie par le docteur Tourette. (Progrès médical, 13. November 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 5.)

Der Mann in diesem Falle ist nicht nur aphonisch, er ist wirklich stumm; die Anfälle können stunden-, tage-, jahrelang anhalten; die Heilung ist der gewöhnliche Ausgang. In solchen Fällen kann der Kranke

Digitized by Google

beim besten Willen weder von selbst noch die ihm vorgemachten Articulationsversuche nachahmen, er kann also nicht flüstern; dabei ist die Intelligenz gut, er kann sich mimisch und schriftlich ausdrücken, zeigt aber gewöhnlich noch andere Symptome von Hysterie. Hier handelte es sich um einen 33jährigen Arbeiter, der seit 3 Wochen stumm ist und schon einen solchen Anfall hatte, welcher durch das einfache Einführen des Spiegels geheilt wurde. Dr. P. K.

Ein Fall von Angioma varicosum des Gaumensegels, der linken Mandelgegend und des vorderen Gaumenbogens, geheilt durch Electropunctur. Von Dr. Keimer in Düsseldorf. (Deutsche medic. Wochenschr. No. 33, 1887.)

Eine Dame klagte über Schlingbeschwerden, Fremdkörpergefühl und zu Zeiten auch über geringe Behinderung der Athmung. K. fand beim Niederdrücken der Zunge einen vorquellenden, blaurothen Tumor in der Gegend des vorderen Gaumenbogens und der linken Tonsille. Der Tumor erstreckte sich links vom Zäpfchen abwärts, das Gaumensegel, den linken vorderen Gaumenbogen und die linke Tonsille in sich begreifend, bis in die Gegend des Kehlkopfseinganges; er war etwa taubeneigross, aus dünnwandigen, blutgefüllten, sackartig ausgeweiteten und ausgebuchteten Hohlräumen venöser Natur bestehend. Bei Druck liess sich die Geschwulst leicht entleeren; es war somit eine beträchtliche Phlebectasie. An eine Entfernung mit dem Messer war nicht zu denken wegen lebensgefährlicher Blutung, die auch durch die Galvanocaustik nicht ganz ausgeschlossen ist. K. wandte die Electropunctur an; er stach die Anode als Platinnadel in den Gefässsack, die Cathode auf die seitliche Halsgegend. Völlige Heilung. Zum Schluss citirt K. noch Voltolini's Worte: „Ueberhaupt möchte ich sagen, ist die Electrolyse ein wunderbares Agens, und es ist zu bedauern, dass sie noch so wenig Verbreitung und Anwendung in der Chirurgie gefunden hat." V.

Heilung eines Falles von Leucoplakia buccalis. (A Case of Leucoplakia buccalis. Recovery.) Von W. C. Glasgow in St. Louis. (Verhandlungen der Amer. Laryngol. Association 1887. — N.-Y. Med. Journal, 22. October 1887.)

Es handelte sich um einen 48jährigen Kaufmann, der von Plaques auf der Zunge und den Fauces belästigt wurde. Diese wurden von mehreren Aerzten für Manifestationen von Lues gehalten und antisyphilitisch behandelt, jedoch mit schlechtem Erfolge. Verf. erzielte Heilung dadurch, dass er den Gebrauch von Mercurialien und Jod sistirte und ein tonisirendes Verfahren einschlug. A. Sch. (N.-Y.)

Ueber larvirte Diphtheritis. (De la diphthérie larvée.) Von Dr. Jules Simon. (Praticien, Décembre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 4.)

Ein intensiver Rachenkehlkopfcatarrh, ohne dass man Diphtheritis nachweisen konnte, trat bei einem 7½jährigen Mädchen auf; schon gleich Anfangs fiel der rauhe Husten, die starke Heiserkeit und die nachher zurückbleibende Aphonie auf, was bei dem gewöhnlichen Catarrh nicht

Digitized by Google

der Fall ist; bei intensivem gewöhnlichen Catarrh besteht übrigens Schmerz, Schlaflosigkeit und Erstickungsanfälle; trotzdem nun keine Membranen und keine Ganglienschwellung zu sehen waren, stellte Verf. doch die Diagnose auf Diphtheritis.

Verf. erzählt einen ähnlichen Fall, wo der Arzt ein Vesicans auf den Larynx legte, die so erzeugte Hautwunde diphtheritisch wurde und das Kind starb. Man soll also in allen Fällen von Diphtheritis larvata Vesicantien, Blutegel, Hydrargyrum und Opium vermeiden.

Dr. P. K.

Ein Fall von chronischer Diphtheritis. (Cas de diphthérie chronique.) Von Dr. Concetti. (Archivio di Pathologia infantile, an IV, No. 6, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 3.)

Bei einem 3jährigen Kinde dauerte die Nasen- und Rachendiphtheritis 4 Monate mit zwei intercurrenten Fieberanfällen. Dr. P. K.

Behandlung des Keuchhustens mittelst Pulvereinblasungen in die Nase. (Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres dans le nez.) Von Prof. Dr. Grasset. (Semaine médicale, 10. Mars 1886, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No. 9)

Verf. beruft sich auf die Erfahrungen von Hack, Schadewald und Wilde, weil wir ja sonst dem Keuchhusten machtlos gegenüberstehen. Man kann zweierlei Pulver anwenden: das erstere wirkt nur mechanisch, z. B. Marmorpulver, das andere wirkt mechanisch und chemisch. Verf. zieht letzteres vor und macht alle 24 Stunden eine Einblasung von Benzoë oder Chinin oder Ipecacuanha oder Kalium bromatum. Die Behauptung von Michael, dass der Keuchhusten eine Reflexneurose, von der Nase ausgehend, sei, scheint dem Verf. richtig; dieser von der Nase ausgehende Reiz sei parasitär und daher auch die Immunität. Dr. P. K.

Festsetzen einer Zahnplatte in dem Schlunde während 15 Monate. (Lodgement of a tooth-plate in the gullet for fifteen months) Von Henri Bridgeman. (Lancet, 24. Sept. 1887)

Patient hatte eine Zahnplatte mit 4 Zähnen im Schlafe verschluckt. Verf. bemühte sich vergeblich, die mit der Zange gefasste Platte herauszuziehen. In dem Hospitale konnte man einige Tage später Sonden ohne Hinderniss in den Magen einführen und entliess den Patienten (!). 15 Monate später brachte der inzwischen mit Schluck- und Athembeschwerden behaftete Patient bei einem Hustenstoss die Platte in die Höhe und zog sie selbst mit den Fingern aus dem Schlunde. Dr. M. Schm.

Die laryngologische Section des internationalen medicinischen Congresses zu Washington, 1887.

(Med. Record, 10. und 17. September 1887.)

Sitzung am Montag, den 5. September 1887.

Nach der Eröffnungsrede des Vorsitzenden der Section, William H. Daly aus Pittsburg, verlas Richard H. Thomas aus Baltimore eine Abhandlung über die Aetiologie und Behandlung des Heufiebers. Er hob hervor, dass man in jedem Falle individualisirend vorzugehen habe.

Digitized by Google

In der Vormittagssitzung am folgenden Tage, den 6. September, sprach J. P. Klingensmith aus Blairsville (Pennsylvanien) über denselben Gegenstand. Er betont, dass man bei Anwendung des Galvanocauters, um Blutungen zu vermeiden, niemals über die Rothglühhitze hinausgehen dürfe. Man soll die Localbehandlung zwei Wochen vor dem erwarteten Anfall beginnen und während desselben fortsetzen. Obstruirende Gewebetheile entfernt er auf galvanocaustischem Wege, sensitive Zonen durch Essigsäure oder galvanocaustisch. Von 13 von ihm behandelten Fällen genasen 9, bei den übrigen trat Besserung ein.

E. F. Ingalls aus Chicago meint, dass Weissglühhitze keine Blutung verursacht, wenn man die Vorsicht anwendet, den Strom nicht zu unterbrechen, so lange der Platindraht mit dem Gewebe noch in Berührung steht.

Derselben Meinung giebt W. E. Casselberry aus Chicago Ausdruck.

John N. Mackenzie aus Baltimore erinnert an den von ihm veröffentlichten Fall einer Dame, bei der durch die Nähe einer Rose immer ein Anfall von Heufieber ausgelöst wurde. Eines Tages versuchte es M. mit einer künstlichen Rose und die Dame, welche sie für eine natürliche hielt, bekam ihren gewohnten Anfall. Sie wurde über die Täuschung aufgeklärt und bekommt seitdem auch beim Anblick natürlicher Rosen kein Heufieber mehr.

J. Solis Cohen aus Philadelphia legt auf die Behandlung des Nervensystems in der anfallsfreien Zeit besonderes Gewicht.

Im weiteren Verlauf der Discussion stellte sich heraus, dass eine grosse Anzahl der Mitglieder der Section selbst an Heufieber leide. In einem Falle bewirkte die Einathmung eines Gemisches von Carbolsäure, Chloroform und Kampher die meiste Erleichterung.

D. N. Rankin aus Alleghany (Penns.) sprach über die Geschichte der Rhinologie, wobei er sich über die bedeutenden Fortschritte dieses Zweiges der Heilkunde in neuerer Zeit verbreitete.

Hierauf folgte eine Discussion über Epistaxis, welche von E. F. Ingalls aus Chicago eingeleitet wurde. Er bemerkte, dass die meisten Fälle leicht durch Cocain oder Tannin zu stillen seien. Bei persistenteren Fällen trachte man die blutende Stelle aufzufinden und wende an derselben Arg. nitr., Jod, reine Carbolsäure oder die Galvanocaustik an.

Coomes aus Louisville sprach sich günstig über Derivantien in der Lebergegend bei Nasenbluten aus. Ein anderes erprobtes Mittel ist, die Hände und Füsse in heisses Wasser zu stecken.

Von anderer Seite wurde erwähnt, dass in gewissen Gegenden die Tamponade mittelst eines Stückes Speck beim Publicum gang und gäbe sei.

Lennox Browne aus London besprach die modernen Ansichten über die Pathologie und Therapie der Larynxtuberculose. Die Krankheit wird jetzt allgemein als eine bacilläre angesehen. Die Bacillen dringen mit dem Inspirationsstrom ein und haften mit besonderer Vorliebe in den oberen Lungenpartien, weil da die Luftbewegung am langsamsten ist. Die Larynxaffection ist gemeinhin eine secundäre und entsteht dadurch, dass mit dem aus der Lunge ausgehusteten Sputum Bacillen an abnorm gereizte oder ihres Epithels beraubte Stellen des Kehlkopfes gelangen

Digitized by Google

und sich dort einnisten. Möglicherweise finden diese Infectionsträger ihren Weg nach dem Kehlkopf durch die Lymphbahnen oder die Blutcirculation. B. erwähnt hier authentische Fälle, bei welchen das Tuberkelgift durch äussere Wunden, ja bei Gelegenheit durch Zahnextractionen eingeimpft wurde.

Es giebt auch eine primäre Larxynxtuberculose. In solchen Fällen werden die Kehlkopfsymptome zuerst die Aufmerksamkeit auf sich ziehen und es kann die Localerkrankung ausgedehnte Zerstörungen anrichten, bevor es möglich ist, eine Veränderung in der Lunge nachzuweisen, wie dies von vielen Beobachtern festgestellt ist. Es sind auch Fälle berichtet worden, bei welchen die Veränderungen im Kehlkopf durch Behandlung zum Verschwinden gebracht worden sind, bevor noch irgend welche Erscheinungen in den Lungen sich darboten und welche also augenscheinlich geheilt wurden.

Behandlung. So lange Pat. noch nicht stark herabgekommen ist, so lange die Lungen noch nicht stärker afficirt sind, sind Aufenthalt an der Seeküste oder Höhenclima, letzteres wenn möglich in einer Umgebung von Nadelholzwaldung zu empfehlen. Das Element der Temperatur und des Klima's überhaupt spielt hier eine geringere Rolle als die Reinheit der Luft von Krankheitskeimen. Zu Inhalationen seien Terpentin, Oleum Eucalypti und Menthol zu empfehlen, als innerliche Mittel Arsen, Calciumsalze und Atropin. Schwefelwasserstoff-Clystiere scheinen in vielen Fällen eine zeitweilige Besserung zu bewirken und besonders die Expectoration zu vermindern, doch ist ein anhaltender Nutzen höchst zweifelhaft. Den besten Erfolg erzielt man, wenn man neben passender Allgemeinbehandlung die im Kehlkopf auftretenden krankhaften Producte unter Cocain, durch Milchsäure oder durch den Galvanocauter zerstört. Je zugänglicher die afficirten Theile des Kehlkopfes, desto vollständiger der Erfolg. Aetherische Lösungen von Jodoform oder Jodol verwendet B. nicht, weil der Aether zu viel reizt. Er zieht schleimige Vehikel, wie Gummi arabicum in Lösung, die er einpinselt, den Insufflationen vor. Die Tracheotomie ist bei Larynxtuberculose nicht blos nutzlos, sondern schädlich, indem bei aufgehobener Ventilation die Krankheitsherde im Kehlkopf nur um so üppiger gedeihen und andererseits die den Lungen zugeführte trockene ungewärmte Luft leicht entzündliche Complicationen in denselben erregt. Die Intubation wirkt auch zu sehr als Reiz. B. warnt vor Amputation der Uvula bei bestehender Kehlkopftuberculose.

Es sind schon viele anscheinende Genesungen berichtet worden und B. hat auch selbst solche Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, doch bezweifelt er, ob es sich in solchen Fällen wirklich um dauernde Genesung gehandelt habe.

Sinclair Coghill aus Ventnor (England) betont die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung, deren Zweck ist, die Gewebe in eine solche Verfassung zu bringen, dass die Tuberkelbacillen in ihnen nicht gedeihen. Unter localen Mitteln haben ihn Morphin- und Jodoforminsufflationen am meisten befriedigt.

J. Solis Cohen aus Philadelphia hat blos zwei Fälle von anscheinender Genesung von Larynxtuberculose gesehen. Er wendet Milchsäure, Morphin, Jodoform und Atropin mit Ueberzeugung an. Auch er spricht sich gegen die Tracheotomie bei Phthisis laryngis aus.

Digitized by Google

E. Fletcher Ingals aus Chicago betont, dass im vorgerückten Stadium der Tuberculose ein Höhenklima schädlich wirkt. Er hat von Schwefelwasserstoff-Klystieren nur unangenehme Folgen gesehen, speciell wurde der Hustenschmerz vermehrt, weshalb er dieselben aufgegeben hat. Ebenso hat ihn die Milchsäure enttäuscht. Er wendet local am liebsten Morphium, Carbolsäure und Tannin an.

Coomes aus Louisville hat einen Fall genesen sehen, bei welchem die ganze Epiglottis zerstört war.

Devilbiss aus Toledo (Ohio) stellt den Spray mit Hilfe von flüssiger Vaseline her.

Casselberry aus Chicago findet, dass Milchsäure zu sehr reizend wirkt und den Husten vermehrt. Er warnt vor fortgesetztem Gebrauch des Cocains, Morphium sei besser.

John N. Mackenzie aus Baltimore wirft die Frage auf, warum sich die Tuberkelbacillen niemals in der Nase festsetzen, wo sich doch häufig genug ihres Epithelüberzugs beraubte Stellen finden. Er wendet local am liebsten Sublimat 1 : 2000 an.

Curtis aus Chicago hat von Atropin keine gute Wirkung gesehen. Er heilt die Larynxgeschwüre mittelst eines Sprays von Argentum nitricum.

Lennox Browne bemerkte zum Schluss unter Anderem, dass Jodkalium und grössere Gaben Chinin bei der in Rede stehenden Krankheit nur Schaden stiften.

Nachmittagssitzung.

William Porter aus St. Louis leitete eine Discussion über Laryngealblutung durch Verlesen einer Abhandlung über diesen Gegenstand ein.

In der Discussion erwähnte Stockton aus Chicago den Fall einer Schauspielerin, welche ihn wegen Blutspeiens consultirte. Es fand sich ein kleines spritzendes Gefäss auf dem rechten Taschenbande, welches nach mehreren vergeblichen Applicationen von Stypticis mittelst des Galvanocauters obliterirt wurde.

Lennox Browne bemerkte, dass Larynxhaemorrhagie gewöhnlich bei Syphilitischen und Phthisikern, ferner besonders bai Abusus spirituosorum vorkomme. Bei Letzteren finden sich häufig blutende Stellen am Zungengrunde.

W. E. Casselberry sprach über die operative Behandlung der Papillome des Kehlkopfes. Für kleine Geschwülste passe die Zange, für grössere der Galvanocauter.

J. Solis Cohen gebraucht den Voltolini'schen Schwamm für kleinere Papillome, besonders wenn sie auf oder unterhalb der Stimmbänder sitzen. Grössere entfernt er nach Spaltung der Membrana crico-thyreoidea. Mit der Galvanocaustik ist er nicht erfolgreich gewesen. Nicht Entfernbares zerquetscht er mit der Zange.

Ingals tritt für die Anwendung der Chromsäure ein.

Lennox Browne hat sich lange Zeit hindurch des Schwammes bedient, doch hat er, seitdem ihm ein solcher in die Trachea des Patienten entschlüpfte und er deshalb Unannehmlichkeiten vor Gericht hatte, keinen mehr angewendet.

Digitized by Google

C. Slover Allen aus New-York berichtete über einen Fall eines grossen, unterhalb der Stimmbänder befindlichen Papilloms, das nur nach Eröffnung des Kehlkopfes vom Halse aus entfernt werden konnte. Es wurde keine präliminäre Tracheotomie gemacht. Vollständige Heilung mit Wiederherstellung der Stimme.

W. E. Casselberry bemerkte zum Schlusse, dass er nach Anwendung einer 25procentigen Cocainlösung die Spitze des Galvanocauters so tief wie möglich in das Gewebe des Tumors hineinstiess, bevor er den Strom schloss. Er habe mit der Galvanocaustik sehr befriedigende Resultate gehabt.

E. L. Shurley aus Detroit sprach über die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis und Rheumatismus des Larynx.

Ueber die letztere Krankheit verlas dann E. F. Ingals eine Abhandlung. Die rheumatische Erkrankung des Kehlkopfes wird gemeinhin mit Neuralgie verwechselt. Es kommt manchmal zur Anschwellung des Arytaenoidalgelenks.

A. B. Thraster aus Cincinnati sprach über die Anwendung des Resorcins (2 bis 10 pCt. mit Vaseline) bei Nasencatarrh.

Mittwoch, den 7. September. — Vormittagssitzung.

H. H. Curtis aus New-York sendet eine Abhandlung über chirurgische Eingriffe am Septum narium und den Nasenmuscheln ein, welche verlesen wird.

Hierauf kommt eine von F. Massei aus Neapel eingeschickte Abhandlung über Erypsipel des Kehlkopfes zur Verlesung.

Während der Discussion über letztere berichtete Stockton aus Chicago über einen von ihm beobachteten Fall bei einem kräftigen Manne, der in Genesung endigte.

F. Semeleder in Mexico überschickt der Section eine Abhandlung, betitelt: „Zwanzig Jahre laryngologischer Wirksamkeit in der Stadt Mexico". Sie enthält eine Uebersicht über die vorwaltenden Krankheiten und eine Liste der vom Autor ausgeführten Operationen.

Hierauf kam eine Abhandlung über die Anwendung der Galvanocaustik in den oberen Luftwegen von F. B. Eaton in Portland (Oregon) zur Verlesung. Er wendet nach Jarvis einen Rhigolinspray an.

In der Discussion bemerkt R. H. Thomas, dass die Anwendung von 20procentiger Cocainlösung nicht ganz unbedenklich sei. Die stärkste von ihm gebrauchte Lösung sei nur 10procentig.

Donnerstag, den 8. September. — Nachmittagssitzung.

W. E. Casselberry (Chicago) berichtete einen Fall von Fibrom der Nasenhöhle, welches er stückweise entfernte und dadurch zur Heilung brachte. Er verwendete Stahldraht (Klaviersaite) zur Bildung einer galvanocaustischen Schlinge, welche sich wegen ihrer Steifigkeit besser anlegen liess, als eine Platindrahtschlinge.

Stockton macht darauf aufmerksam, dass man aus Platin durch Zusatz von Iridium einen genügend steifen Draht herstellen könne.

John O. Roe aus Rochester (N.-Y.) sprach über Chorea laryngis mit Wiedergabe einiger Krankengeschichten. Diese betrafen weibliche Individuen, welche heftige Anfälle von bellendem Husten hatten, während

Digitized by Google

das Larynxspiegelbild normale Verhältnisse zeigte. Zur Behandlung empfehlen sich Arsen, Eisen, Zincum valerian., Atropin. valerian., Acid. hydrocyan., Morphin etc.

Thorner aus Cincinnati und Lennox Browne führen Fälle an, wo dieser Zustand während der Schwangerschaft auftrat und mit derselben aufhörte. Letzterer erwähnte auch dreier Fälle, welche durch Tonsillotomie geheilt wurden.

M. F. Coomes (Louisville) sprach über den schädlichen Einfluss des Tabakgenusses auf die oberen Luftwege. Er hält das Rauchen von Cigarretten für besonders nachträglich.

Lennox Browne (London) raucht selbst Cigarretten und glaubt, dass der Tabak in dieser Form am allerwenigsten schädlich sei, wenn man nur die Vorsicht anwende, den Rauch nicht einzuathmen und bei jeder Cigarrette ein frisches Mundstück anzuwenden. Sänger sollten jedoch gar nicht rauchen.

Max J. Stern aus Philadelphia verlas eine vergleichende Studie über Intubation und Tracheotomie bei diphtheritischer Larynxstenose. Das Verhältniss des Procentsatzes der Genesungen stellt sich nach ihm folgendermassen heraus:

Alter	Nach Intubation	Nach Tracheotomie
Unter . . . . . 2 Jahren	15 pCt.	3 pCt.
Zwischen 2 und 2½ „	24 „	12 „
„ 2½ und 3½ „	28,7 „	17 „
„ 3½ und 4½ „	33,7 „	30 „
„ 4½ und 5½ „	28,3 „	35 „
Ueber . . . . . 5½ „	37,3 „	39,5 „

Also unter 5 Jahren zeigt die Intubation einen günstigeren Procentsatz, über 5 Jahren die Tracheotomie.

Freitag, den 9. September. — Vormittagssitzung.

Carmalt Jones (London) verlas eine Abhandlung über das Verhalten der Epiglottis beim Schluckact. Sie wird nicht einfach passiv durch den Bissen niedergedrückt, sondern ihre Ränder legen sich durch Muskelaction fest um den Kehlkopfeingang herum.

E. F. Ingals sprach über eine einfache und practische Methode, mittelst hydrostatischen Drucks comprimirte Luft zu gewinnen.

C. Slover Allen aus New-York demonstrirt einen neuen Schlingenschnürer und Ecraseur.

Nachmittagssitzung.

C. M. Desvernine aus Havana theilte eine ausführliche und gründliche Arbeit über die Physiologie und die Störungen der longitudinalen Spannung der Stimmbänder mit.

Joseph O'Dwyer (New-York) berichtete mehrere Fälle von Laryngeal- und Trachealstenose, welche er mittelst Intubation behandelt hatte. Einer der Fälle, eine Frau mit syphilitischer Larynxstenose, bei welcher ein Theil der Stimmbänder entfernt werden musste, verschwand aus der Behandlung, während sie das Intubationsrohr im Halse trug und tauchte erst zehn Monate später wieder auf. Die Canüle war in situ

Digitized by Google

geblieben. Es hatten sich Granulationen gebildet, welche nun entfernt wurden, wonach dann die Canüle weggelassen werden konnte.

William Porter (St. Louis) berichtete über drei Fälle von gutartiger Neubildung im Pharynx und über eine neue Behandlungsmethode des Cystenkropfes mittelst eines in Jod getränkten Catgutsetons.

Stockton hat bei Cystenkropf die Einspritzung einiger Tropfen reiner Carbolsäure mit gutem Erfolge angewendet. A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von Larynxstenose mittelst methodischer Dilatation behandelt. (A Case of Laryngeal Stenosis Treated by Divulsion and Systematic Dilatation.) Von Morris J. Asch in New-York. Verhandl. der Amer. Laryngol. Association 1887. — N.-Y. Med. Journal, 22. October 1887.)

Es handelte sich um Chorditis vocalis inferior hypertrophica (Gerhardt) bei einer 30jähr. tuberculösen Patientin, welche zu bedeutender Dyspnoe führte. Behandlung mittelst Schrötter'scher Bougies erzielte bedeutende Besserung. Die zuerst versuchten O'Dwyer'schen Canülen wurden von der Patientin nicht vertragen. A. Sch. (N.-Y.)

Berichtigung.

In No. 10, October 1887, muss es auf Seite 287, Zeile 12 von unten heissen: „Attaque" statt Ataxie.

Inhalt.

I. Originalien: Gomperz: Ein neuer Salmiak-Dampfapparat. — Freudenthal: Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen. — Killian: Beitrag z. Lehre vom Empyem der Highmorshöhle. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Otologische Section des Internationalen medicinischen Congresses 1887. — Barkan: Aerztlicher Bericht über die Taubstummen in der Anstalt zu Berkeley, Californien. — b) Rhinologische: Mac Coy: Ueber die operative Behandlung des Choanenverschlusses. — Osborne-Walker: Eine bequeme Art, fremde Körper aus der vorderen Nasenöffnung zu entfernen. — Watson: Ein neues galvanocaustisches Instrument. — Delavan: Ueber die Behandlung der Rhinitis atrophica mittelst des galvanischen Stromes. — Chappell: Ueber die Anwendung submucöser Injectionen bei chronischen Nasen- und Rachenaffectionen. — c) Pharyngolaryngologische: Lincoln: Heilung eines Naso-Pharyngealtumors mittelst Electrolyse. — Tourette: Fall von hysterischer Stummheit beim Manne. — Keimer: Ein Fall von Angioma varicosum des Gaumensegels, der linken Mandelgegend und des vorderen Gaumenbogens, geheilt durch Electropunctur. — Glasgow: Heilung eines Falles von Leucoplakia buccalis. — Simon: Ueber larvirte Diphtheritis. — Concetti: Ein Fall von chronischer Diphtheritis. — Grasset: Behandlung des Keuchhustens mittelst Pulvereinblasungen in die Nase. — Bridgeman: Festsetzen einer Zahnplatte in dem Schlunde während 15 Monate. — Verhandlungen der laryngologischen Section des internationalen medicinischen Congresses zu Washington, 1887. — Asch: Ein Fall von Larynxstenose mittelst methodischer Dilatation behandelt. — Berichtigung.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Docent Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Docent Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **Stepanow** (Moskau), Docent Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. R. VOLTOLINI
Professor an der Universität **Breslau**

und

Professor Dr. **WEBER-LIEL.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXI. **Berlin, December 1887.** **No. 12.**

Bezüglich der Einsendung von Beiträgen und Referaten etc. für die **Monatsschrift** verweisen wir auf die am Schluss dieser Nummer befindliche **Notiz.**

I. Originalien.

Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase u. des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen.

Von

Dr. **W. Freudenthal,**
Arzt an der deutschen Poliklinik in New-York.

(Fortsetzung aus No. 11.)

Ich stellte diese Untersuchungen im vorigen Winter im hiesigen Hospital for Ruptured and Crippled an, einem Hospital, das im Allgemeinen ganz vorzüglich eingerichtet ist, das aber für die Untersuchung der Brüche nur einen äusserst beschränkten Raum aufzuweisen hat. So war es mir oft nicht möglich, eine sehr dataillirte Untersuchung anzustellen, und besonders konnte ich die Ohren gar nicht examiniren, wenn es nöthig war, sie vorher zu reinigen, da ich schnell arbeiten musste, um nicht die ohnehin schon sehr beschäftigten Collegen noch mehr aufzuhalten.

Abkürzungen:

RIH = rechte Inguinal-Hernie.
LIH = linke Inguinal-Hernie.
RFH = rechte Feminal-Hernie.
LFH = linke Feminal-Hernie.
DIH = doppelseitige Inguinal-Hernie.
DFH = doppelseitige Feminal-Hernie.
UH = Umbilical-Hernie.
NH = Nabel-Hernie.
RNC = Retronasal-Catarrh.
NRC = Nasenrachen-Catarrh.
T. = Tage. W. = Wochen. M. = Monate. J. = Jahre.

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
1	14	RIH	—	—	—	Geringe Hypertr. d. l. Muscheln.	—
2	19	LIH	3 Mon.	—	—	Phar. granulosa.	—
3	36	LIH	—	—	Fühlt Schleim im Munde seit etwa 12 Jahren, taub auf d. l. Ohre seit etwa 10 J.	RNC und Crista links.	—
4	23	RIH	7 J.	—	—	Normal.	—
5	38	RIH	1½ J.	—	Spürt seit Jahren viel Schleim im Munde, Nase blutet sehr häufig.	Verbiegung d. Septums n. rechts, wodurch dies. Nasenloch fast ganz undurchgängig ist.	—
6	8	LIH	3 J.	—	—	Schwache Deviatio septi nach rechts, hinteren Enden der Musch. vergrössert.	—
7	48	LIH	—	—	Hört auf dem linken Ohre schlecht und ist nicht zu untersuchen.	—	—
8	45	DIH	1 J.	—	Viel Schleim im Munde, der von „oben herunterkommt“.	RNC.	—
9	43	RIH	—	—	—	Lange Uvula und RNC.	—
10	66	DIH	rechts seit 1 J. links seit 3 M.	—	Beständ. Speichelfluss u. Schnupfen.	Sehr lange Uvula, beide mittleren Musch. vergrössert.	—
11	28	RIH	1 J.	—	Fühlt die Nase schon „sehr lange verstopft“.	Geringe Rhinitis hypertroph. und RNC.	—
12	56	DIH	8 J.	—	Schnupft, um die Verstopfung der Nase zu heben.	Acute Hypertrophie.	Potator.
13	24	RIH	seiner Geburt	—	Spricht durch die Nase.	Ziemlich starke Hypertrophie beiderseits.	Er hat jetzt eine Epididymitis dazu bekommen.
14	28	RIH	—	—	—	Normal.	—
15	27	RIH	seiner Geburt	—	Hat noch nie ein Bruchband getragen.	Rechts Polypen, links frei, Phar. granulosa.	—
16	17	LIH	—	—	—	Normal.	—
17	38	RIH	—	—	—	Normal.	—
18	21	RIH	—	—	—	Geringe Phar. atrophica.	—
19	34	RIH	5 J.	—	—	Normal.	—
20	24	RIH	4 J.	—	—	Beide Seiten der Nase stark verstopft. Sehr starke Phar. granulosa.	—
21	—	DIH	—	—	—	Normal.	—
22	15	DIH	6 J.	—	Enuresis. Schläft des Nachts sehr schlecht.	Adenoide Vegetat.	Mädchen.
23	46	LIH	½ J.	—	Ist oft heiser und fühlt häufig Nase verstopft.	Ulcus auf d. linken Seite des Septums. Rhino-pharyng. u. Laryngitis chron.	Potator.
24	45	DIH	1½ J.	—	Hustet seit etwa 2 Jahren.	Geringe Veränderungen.	—

Digitized by Google

Nr.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrnnkung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
25	46	DIH	14-15 J.	—	Ist Nachts verschleimt.	Perforatio septi narium. Rhin. atroph.	—
26	42	DIH	—	—	Fühlt des Morgens viel Schleim im Munde.	Links berührt die mittlere Muschel d. Septum, rechts etwas weniger hypertrophisch.	—
27	64	RIH	16-17 J.	—	—	Normal.	—
28	10	RIH	7 J.	—	Enuresis.	Adenoide Vegetat.	—
29	19	RIH	1½ J.	—	—	R. mittl. Muschel stark vergrössert.	Mädchen.
30	55	DIH	4 J.	—	Beide Brüche entstanden 2 Wochen nach e. 6 wöchentl. Dysenterie.	Normal.	—
31	60	DIH	—	—	Muss sich häufig räuspern.	Rechts verstopft, starke Phar. gran.	—
32	29	RIH	4 J.	—	Hat oft Diarrhoe resp. Stuhlverstopf.	Gering. Verbiegung d. Sept. nach rechts.	—
33	71	RIH	4 J.	Nichts.	Kein Husten oder Diarrhoe, keine Stuhlverstopfung.	Rechts starke Schwellung der Muscheln.	—
34	5	DIH	8 T.	Vater hatte als Kind Bruch	Nase immer verstopft.	Aden. Vegetationen	Auch sein Bruder hat ad. Vegetat. Seine Mutter leid. „an der Mutter“.
35	36	RIH	8 J.	Nichts.	Keine Diarrhoe od. Stuhlverstopfung.	RNC. aber schwach.	—
36	1½	LIH und NH	5 M.	Nichts.	—	Adenoide Vegetat.	—
37	11	DIH	8 J.	—	—	Rechte Seite stark verlegt durch Verbiegung des Septums; starke Hypertrophie der Muscheln beiderseits.	—
38	31	LIH	1½ J.	—	—	Nase sehr stark verstopft; Otitis med. chron. dextr. u. Sin. phar. granul.	Frau.
39	50	NH	—	—	—	Normal.	Frau.
40	25	RIH	2 J.	—	—	Rechte Nasenseite stark verstopft.	—
41	1	NH	9 M.	—	Hatte lange Zeit Husten u. „Entzündung der Mandeln“. Hustet noch.	—	—
42	56	LIH	6 W.	—	In den letzten W. Diarrhoe. Hatte aber auch immer mit dem Hals zu thun. Muss viel speien.	RNC., Rhin. atroph.	—
43	3	RIH	8-9 M.	Nichts.	Schnarcht.	Adenoide Vegetat.	—
44	42	DIH	5 J.	Vater hatte Hernie.	—	Rechte Nasenseite stark verstopft.	Hat lange Zeit kein Bruchband getragen.
45	40	RFH	5 J.	—	Husten.	Normal.	—
46	48	DIH	—	—	Hatte schon als Kind mit dem Hals zu thun, wurde von ihrem Vater im Munde operirt.	Beide Seiten der Nase verstopft. RNC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
47	23	DIH	3 J.	Vater hatte Hernie.	Die l. Hernie war zuerst vorhanden. Stuhl immer gut. Kein Husten.	Rechts starke Verstopfung der Nase.	—
48	60	DIH	8-10 J.	Nichts.	Hals öfters afficirt; Nase läuft beständig; hört schlecht.	Leucoplac. linguae pharyng. chron. u. rhin. atrophic.	—
49	4	LIH	9 M.	Nichts.	Schnarcht Nachts.	Aden. Vegetationen.	—
50	4	DIH	angeboren	Nichts.	—	Normal.	—
51	31	RIH	25 J.	Nichts.	—	Normal.	Trägt erst seit 10 J. ein Bruchband.
52	27	LFH	1 J.	Vater hatte Hernie.	Chron. Stuhlverst.	Normal.	—
53	35	RIH	10 M.	Nichts.	Fühlt immer viel Schleim im Munde.	Starker RNC.	—
54	42	LIH	1 M.	Mutter hatte Hernie.	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	Linke Nasenseite verstopft. Pharyng. gran. RNC.	—
55	50	RIH	3½ J.	Onkel hatte Bruch.	Hustet zuweilen.	Normal.	—
56	36	RIH	der frühesten Kindh.	Nichts.	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	Rhinophar. atroph. RNC.	—
57	42	DIH	12 J.	—	Stuhlverstopfung. Hört schlecht.	—	—
58	52	LIH	4 J.	—	Stuhlverstopfung. Viel Schleim im Munde.	Rhinophar. atroph.	—
59	49	DIH	6-8 J.	Vater hatte Hernie.	—	Rechts verstopft,	—
60	76	RIH	9 M.	?	—	Beide Seiten der Nase sehr stark verstopft u. die ganze Pharynx-Schleimhaut stark hypertrophirt. RNC.	—
61	41	LIH	1½ J.	Nichts.	Zuweilen Husten.		Frau.
62	¾	DIH	angeboren	—	—	Aden. Vegetationen.	—
63	2	DIH	angeb.	Vater hat Hernie.	—	Normal.	—
64	51	RIH	14 J.	Nichts.	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	Normal.	Vater des Vorigen.
65	58	NH	3-4 J.	—	Ist sehr oft heiser.	Linke Nasenseite ganz verstopft, r. etwas weniger. Laryng. chr. RNC.	—
66	46	NH	2 M.	Nichts.	Häufig Nasenbluten, viel Schleim im Munde.	RNC.	—
67	8	LIH	4 J.	—	Schnarcht sehr stark.	Aden. Vegetat.	—
68	63	DIH	22 J.	—	Fühlt Nachts die Nase verstopft.	Rechts Rhinitis atrophic., links gleichfalls mit Hypertrophie der mittleren Muschel.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
69	40	DIH	24 J	Nichts	Litt in seiner Jugend an Stuhlverstopfung. Jetzt fühlt er immer die Nase verlegt und viel Schleim im Munde.	Starke Pharyngit. granul. (es ziehen 2 parallele Streifen, ähnlich der Phar. later., nur in der Mitte von oben nach unten. Der eine ist etwa 2½ Ctm. lang, der andere etwa 2 Ctm.) Nase links stark verstopft. RNC.	—
70	36	LIH	—	Nichts	Stuhl gut. Fühlte es, wie der Bruch herauskam, als er sich die Nase schnaubte!	Nase beiderseits stark verstopft.	Italiener.
71	45	DIH	3 J.	—	Hustet seit etwa 8 Jahren. Kann gar nicht durch d. Nase athmen.	Beide Seiten der Nase vollständig verlegt. RNC. Laryngitis chronica.	Sehr ausgedehnte Venen am Abdomen.
72	14	RIH	3 J.	Nichts	Stuhl verstopft.	RNC.	—
73	15	RIH	¾ J.	—	Stuhl zuweilen verstopft.	Rechtes Nasenloch durch Deviatio septi etwas verstopft.	—
74	48	RIH	2 M.	Nichts	Viel Schleim, zuweilen Schwindel.	Rechts etwas verlegt. RNC.	—
75	52	DIH	15 J.	—	—	Normal.	Franzose.
76	32	LIH	2 J.	Mutter hatte Hernie	Schleimhusten (?)	Nase beiderseits stark verstopft. RNC.	—
77	¾	RIH	mit geb.	Nichts	—	—	—
78	30	LIH	15 J.	Nichts	—	Normal.	—
79	9	DIH	7 J.	Nichts	Hatte Keuchhusten.	Geringe Nasenverstopfung.	—
80	76	LIH	10 T.	—	—	Normal.	—
81	30	LIH	6 J.	Nichts	—	Beide mittleren Muscheln liegen ganz dem Septum an. RNC.	—
82	43	DIH	l. 10 J. r. 2 W.	?	Litt stets an Stuhlverstopfung. Fühlt auch die Nase verstopft.	Geringe Zeichen. RNC.	Hat noch kein Bruchband getragen.
83	5	RIH	1 J.	Nichts	—	Verdickung der hinteren Muschelenden.	—
84	57	DIH	1 J.	Nichts	Kein Husten, keine Verstopfung.	Normal.	—
85	50	RIH	7 J.	Vater hat Bruch	Chron. Stuhlverst. Hustet auch öfters. Fühlte Schleim lange bevor der Bruch sich zeigte.	Rechts Nase verstopft. RNC.	—
86	57	LIH	2 M.	Nichts	Nase verstopft.	RNC.	—
87	35	RIH	2 J.	—	Viel Schleim.	Rechte Nasenseite äusserst stark verstopft durch Crista und hypertroph. Muscheln.	—
88	42	RIH	4 M.	—	Muss häufig niesen und denkt, dass der Bruch davon kam.	RNC. Nase stark verstopft. Sehr starke Phar. granul.	—
89	13	LIH	3 J	—	—	Links geringe Verstopfung. Phar. granul.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
90	8	LIH	4 J.	Nichts.	Hatte vorher Bronchitis.	Beide Nasen stark verstopft.	—
91	12	DIH	10 J.	—	Hatte vorh. Keuchhusten, viel Schleim im Halse. Enuresis.	Adenoide Vegetat.	—
92	4½	RIH	½ J.	—	Hat viel gehustet. Schnarcht Nachts.	Nicht zu untersuchen.	—
93	68	RIH	3 J.	—	Rauschen im Ohre.	Beide Seiten stark verstopft.	Frau.
94	23	RIH	3 M.	Nichts.	Husten.	R. ganz verstopft, links weniger.	—
95	50	RIH	11 J.	—	Vorher Husten.	RNC. Rechte Seite sehr stark verst., links weniger.	—
96	11	LIH	4 M.	—	—	Sehr starker NRC. Phar. granul.	—
97	5	RIH	3 J.	—	—	—	—
98	60	LIH	9 J.	—	Hatte immer mit dem Hals und Nase zu thun.	Nasenpolypen. RNC.	—
99	50	RIH	20 J	Nichts.	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	Normal.	—
100	69	UH	3 M.	—	„Kam vom Erbrechen". Hustet u. hat immer was im Halse.	Beiderseitsäusserst starke Verstopfung der Nase. RNC.	—
101	1½	DIH	1 J.	Nichts.	„Konnte kein Wasser lassen u. danach kam der Bruch". Hatte Bronchitis. Schnarcht u. schläft mit offenem Munde.	Adenoide Vegetat.	—
102	¾	RIH	1 W.	—	Husten.	—	—
103	2	RIH	?	Vater hatte als Kind Hernie	Hatte Husten und Diarrhoe.	Muschelenden reichen bis fast an die hintere Pharynxwand.	—
104	62	DFH	25 J.	—	—	Rechts stark verstopft. Leichte Phar.	Italiener.
105	1¼	RIH	?	Nichts.	Keuchhusten.	—	—
106	6	RIH	1½ J.	Vater hatte Bruch	Husten und Dysenterie. Eczem der Nase.	Nasenrachenraum verlegt.	—
107	1	DIH	6 M.	Nichts.	Kein Husten oder Diarrhoe.	—	—
108	55	RIH	3 W.	—	Leidet furchtbar an Kopfschmerzen. „Aus der rechten Nase läuft beständig klares Wasser".	Rechts fast ganz verstopft. Links wenig.	—
109	23	RIH	3 J.	Nichts.	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	Rechts etwas verlegt, links frei.	—
110	61	LIH	36 J.	Nichts.	—	Rechts starke Verstopfung, links etwas weniger.	—
111	38	RIH	2 J.	Nichts.	Zuweilen Husten. Hört schlecht.	Normal.	Cretin.
112	38	LIH	16 J.	Nichts.	—	Links sehr stark verlegt, r. etwas. Pharyng. atrophic. und granulosa.	—
113	¼	LIH u. UH	1 M.	Nichts.	Kein Husten, keine Diarrhoe.	—	—
114	7	LIH	1½ J.	—	Zuweilen Husten. Schnarcht, schläft mit offenem Munde.	Sehr starker NRC.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
115	25	LIH	½ J.	—	—	Links sehr starke Verstopfung, rechts etwas weniger. RNC.	—
116	10	RIH	2 J.	—	Kein Husten etc.	Adenoide Vegetat.	—
117	7	RIH	5 J.	Nichts.	Häufig Stuhlverstopfung. Nase verstopft.	Nase links sehr stark verstopft, bes. durch Hypertrophie der unteren Muschel. Rechts wenig.	—
118	19	LIH	2 J.	—	Schnarcht, hört schwer. Eczem der Oberlippe.	Rechts sehr stark verlegt (Spina etc.). Starker NRC.	—
119	62	RIH	3 J.	Nichts.	Kein Husten, keine Verstopfung. Viel Schleim im Munde. Fühlt sehr kurzen Athem, wenn er sich Nachts hinlegt.	—	—
120	¼	UH	—	—	—	—	—
121	27	RIH	1 J.	Vater hat Bruch.	Ist wegen seines Halses schon behandelt worden.	Nase verstopft. Phar. chron. RNC.	—
122	27	RIH	½ J.	Nichts.	Stuhlverstopfung, Schleim im Munde.	Rechts starke Verstopfung. RNC.	—
123	34	RIH	9 J.	Nichts.	Stuhl gut, kein Husten. „Catarrh in der Nase".	Rechts stark verstopft (Spina etc.). Links etwas weniger. Starker NRC.	—
124	53	LIH	2-3 M.	—	Hatte Husten und Stuhlverstopfung.	Normal.	—
125	1	UH u. RIH	—	Nichts.	Keuchhusten.	—	—
126	39	RIH	„sehr lange".	Mutter hatte Hern.	—	Nase ist rechts stark verstopft.	—
127	22	RIH	angebor.	—	Stuhlverstopfung. Lues.	Nase beiderseits fast ganz verstopft.	—
128	½	RIH	angebor.	Nichts.	Schnarcht.	Beide unteren Muscheln stark nach hinten zu verdickt.	—
129	59	DIH	25 J.	Nichts.	Spricht „durch die Nase".	L. verstopft. RNC.	—
130	10	RIH	?	?	Nase oft verstopft.	Eczem der Nase, adenoide Vegetat. und Phar. atrophicans!!	—
131	7	RIH	4 J.	Nichts.	Bekommt Nachts keine Luft. Schnarcht.	Aden. Vegetat.	—
132	¼	LIH	—	—	—	—	—
133	4	LIH	2 M.	Nichts.	Schnarcht sehr stark.	Enuresis. Aden. Vegetationen.	Hatte RIH, ist aber verheilt.
134	54	LFH	20 J.	Nichts.	—	—	—
135	76	RIH	3 W.	Vater hatte Hernie.	„Bekam es vom Husten".	Rechts verstopft.	—
136	11	RIH	8 J.	Nichts.	—	—	—
137	42	UH	dem letzten Wochenbett.	—	—	Rechts stark verstopft und Phar. atroph.	—
138	50	LFH	20 J.	—	Nie Husten oder Stuhlverstopfung.	Nase beiderseits verstopft. Phar. hypertroph.	—

Digitized by Google

No.	Alter in Jahren.	Art des Bruches.	Besteht seit	Heredität	Kurze Anamnese.	Erkrankung der oberen Luftwege.	Bemerkungen.
139	65	DIH	20 J.	Nichts.	—	—	—
140	20	RFH	3 W.	—	Kein Husten oder Stuhlverstopfung.	—	—
141	46	DIH	35 J.	Vater hatte Bruch.	—	Rechts sehr starke Verstopfung. Links etwas weniger. Pharyng. granul.	—
142	56	LIH	8 J.	Nichts.	—	RNC.	—
143	9	DIH	mit geb.	—	Schnarcht so stark, dass er öfters aufgeweckt werden muss.	Adenoide Vegetat.	—
144	3	RIH	mit geb.	—	—	Sehr starke adenoide Vegetat.	—
145	23	LIH	6 J.	Nichts.	Fühlt die Nase verstopft.	Links starke Verstopfung. Starker RNC.	—
146	48	DIH	4 J.	—	Hört schwer.	Rechte Seite verstopft. RNC.	—
147	16	RIH	angebor.	—	Häufig epileptische Anfälle.	Adenoide Vegetat.	—
148	50	LFH	2 W.	Nichts.	War nierenkrank, so dass sie schwer athmen konnte.	Beiderseits Verstopf. Sehr starke Pharyng. later., die zum Theil schon entfernt ist.	—
149	38	UH	—	—	Bekam es von einem Abscess, nicht nach einer Geburt.	Linke Seite stark verlegt. R. wenig. Phar. granul.	—
150	32	RIH	1 M.	—	Hustet sehr stark.	Beide Seit. verlegt. Starker RNC.	—
151	63	RIH	8 J.	—	—	Rechts starke Verstopfung.	—
152	21	LIH	1½ J.	—	—	Starker RNC.	Beklagt sich, dass er noch keine Cohabitation zu vollziehen im Stande war.
153	55	RIH	14 J.	—	—	RNC. Phar. granul.	—
154	35	RIH	3-4 J.	Vater hatte Hernie.	—	SchwacheVerstopf. rechts. RNC.	—
155	26	UH u. RIH	½ J.	?	Hatte vorh. Husten. Viel Schleim im Munde.	Rechts sehr starke Verstopfung, links etwas weniger. RNC.	—
156	68	RIH	2 J.	—	Stuhlverstopfung. Kopfschmerzen. Nase verstopft.	RNC. u. Verstopf.	—
157	42	DIH	10 J.	—	—	Verstopfung, bes. rechts. Phar. gran.	—
158	58	RIH	6 J.	Nichts.	—	Rechts stark verl.	—
159	34	LIH	7 J.	—	—	Linke Seite sehr stark verstopft, rechts etwas wenig. Phar. granul.	—
160	21	RIH	10 J.	?	Oft Catarrh im Kopf.	RNC. Beiderseits starke Verstopfung der Nase.	—
161	36	LIH	5 J.	Nichts.	—	L. etwas verstopft.	—
162	49	LIH	21 J.	Nichts.	—	Links starke Verstopfung, weniger rechts. Starker RNC.	—

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Ueber Asymmetrie des Kehlkopfgerüstes[1]).

Von

Prof. Dr. **E. Zuckerkandl**, Graz.

Eine geringe Asymmetrie des menschlichen Kehlkopfgerüstes zählt zu den ganz gewöhnlichen anatomischen Befunden und dieselbe characterisirt sich dadurch, dass an der Prominentia laryngea eine der Schildknorpelhälften stärker vorspringt, als die andere.

Als Uebertreibung dieser geringfügigen und, wie bemerkt, ganz gewöhnlichen Asymmetrie beobachtet man gar nicht selten eine auffallende Verschiebung des Schildknorpels — die eine Hälfte desselben tritt in bedeutendem Maasse vor, während die andere ein Aussehen darbietet, gleichsam, als wäre dieselbe durch einen äusseren Insult eingedrückt und verbogen worden (siehe Fig. 1).

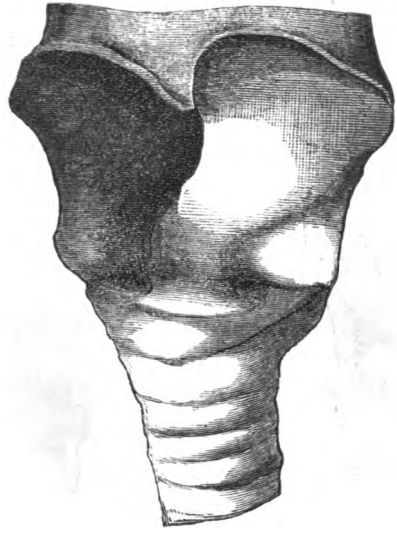


Fig. 1.
Asymmetrischer Kehlkopf. Die linke Schildknorpelplatte ist stark eingedrückt.

Die Verbiegung beschränkt sich auf die unmittelbare Nachbarschaft des Kehlkopf-Vorsprunges oder erstreckt sich weiter nach abwärts bis gegen den unteren Rand der Cartilago thyreoidea und setzt sich bei hochgradiger Deformität selbst auf das Ligamentum conicum und auf den Ringknorpel fort. In einzelnen Fällen fand ich überdies an der Incisura thyreoidea die verbogene Schildknorpelplatte jener anderen Seite fast bis zur Berührung genähert.

[1]) Auf die von Prof. L. v. Hofmann (Wiener med. Presse No. 48 u. ff., 1881) besonders genau behandelte Asymmetrie des Kehlkopfes bei Fehlen eines Zungenbeinhornes habe ich in der folgenden Schrift keine Rücksicht genommen.

Digitized by Google

Die beschriebene Asymmetrie verändert neben der äusseren Configuration auch die innere Gestaltung des Kehlkopfes, allerdings blos bei starker Entfaltung der Anomalie. Auf der Seite der verbogenen Schildknorpelplatte zeigt sich: der Sinus pyriformis verkleinert, die Innenfläche der Plica ary-epiglottica nicht mehr gehöhlt, sondern flachgelegt, ihre Grenzfläche gegen den Kehldeckel theilweise verstrichen, die Auskleidung der Kehlkopftasche gegen die Larynxhöhle umgestülpt, und als Consequenz dieser Umlagerung die Morgagni'sche Tasche zu einem seichten Grübchen umgewandelt und das wahre Stimmband nur wenig oder gar nicht über die Seitenwand des Kehlkopfes vorspringend (siehe Fig. 2). Dafür tritt das Taschenband schärfer als sonst vor, ist aber wegen der Umstülpung der Morgagni'sche Tasche plumper, als sonst.

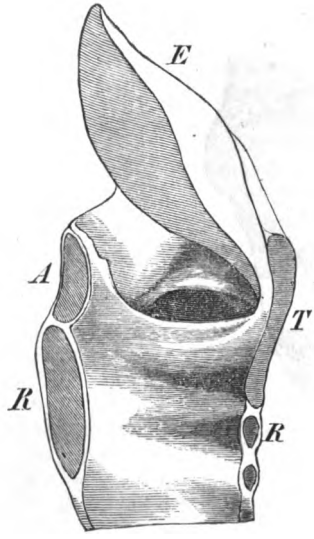


Fig. 2.

Linke, normale Hälfte eines Kehlkopfes, von innen gesehen.
E = Epiglottis; T = Cartilago thyreoidea; R R = Cart. cricoidea; A = Cartilago aryt.

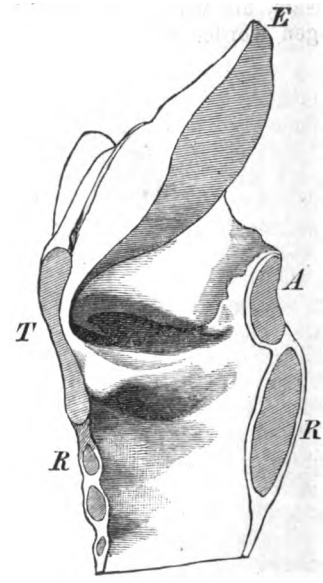


Fig. 3.

Rechte, verbogene (eingedrückte) Hälfte desselben Kehlkopfes mit flachgelegtem Sinus Morgagni und plumpem Taschenbande. Bezeichnung wie in Figur 2.

Die Abflachung, welche der Sinus Morgagni unter dem Einflusse dieser Deformität erleidet, könnte herangezogen werden, um gewisse Erscheinungen zu erklären, die kürzlich Dr. Jelenffy (Ueber ein neues Verfahren der Larynx-Chirurgie, Wiener medicin. Wochenschrift No. 41, Jahrg. 1887) als Vorfall der Schleimhaut der Morgagni'schen Tasche ausführlich beschrieben hat. Die geringe Tiefe (das Seichterwerden) der Tasche bei Asymmetrie des Kehlkopfes kann auf alle Fälle als ein prädisponirendes Moment für das Zustandekommen eines Vorfalles der Sinus-Schleimhaut angesehen werden.

Die in Rede stehende Anomalie findet sich beinahe ausschliesslich

Digitized by Google

an männlichen Kehlköpfen[2]), daher ist es wahrscheinlich, dass dieselbe erst zur Zeit der Pubertät auftritt und mit der Entwicklung der Prominentia laryngea in ursächlichem Zusammenhange steht.

Die Seite des Vorkommens anlangend, beobachtet man häufiger die linke Schildknorpelplatte als die rechte von der Verbiegung betroffen.

Meines Wissens hat bisher nur H. Luschka[3]) die Asymmetrie des Kehlkopfes einer Erwähnung gewürdigt, und er spricht sich über Form und Ursache der Verbiegung in folgender Weise aus: „In der Regel sind die beiden Laminae laterales (des Schildknorpels) ganz gleichmässig auf die beiden Hälften des Bogens vertheilt, doch kommt nicht selten in der Art eine asymmetrische Bildung vor, dass ein Knorpel weiter als der entgegengesetzte vorgeschoben ist. Es ist wohl möglich, dass diese für die Function des Larynx nicht störende Anomalie durch eine fest anliegende Halsbekleidung während des in der Pubertäts-Entwicklung vorwiegend in der Richtung nach vorne geschehenden Wachsthums des Kehlkopfes herbeigeführt wird", und in seiner Anatomie des Menschen, Bd. I, 1. Abth.: „Nicht selten kommt am Schildknorpel eine unsymmetrische Bildung in der Weise vor, dass eine Seite ein wenig über die andere geschoben ist. Diese Anomalie wird ohne Zweifel durch eine zu fest anliegende Halsbekleidung während des in der Pubertäts-Entwicklung vorwiegend in der Richtung nach vorn geschehenden Wachsthums des Kehlkopfes herbeigeführt."

Gegen das von H. Luschka angezogene ursächliche Moment lässt sich Mehreres einwenden. 1) Fällt es schwer, zu glauben, dass die lästige Empfindung, welche eine den Hals eng umschliessende Halsbekleidung verursacht, den Träger derselben nicht veranlassen sollte, dieselbe lockerer zu tragen, und 2) erklärt dieses Moment nicht den Umstand, dass die Verbiegung stets einseitig und zumeist wieder linkerseits sich etablirt.

Der Aetiologie dieser Anomalie nachgehend, dachte ich anfänglich an eine Verletzung des Kehlkopfes, überzeugte mich aber durch die Präparation der einzelnen Fälle von der Unrichtigkeit meiner Annahme. Ich fand wohl an einigen der Präparate Zeichen gewaltsamer Einwirkungen, z. B. Brüche der oberen Schildknorpelhörner, aber in der überwiegenden Anzahl der Fälle waren die Kehlkopfknorpel intact. Ein Connex zwischen Zungenbeinbrüchen und Schildknorpelverbiegung liess sich auch nicht nachweisen und ebensowenig eine Beziehung zu Geschwülsten und anderen Anomalien der Schilddrüse (ihres Lobus medius). —

Wenn ich der in Rede stehenden Deformität des Kehlkopfes eine ausführlichere Schilderung zu Theil werden liess, so geschah dies nur aus dem Grunde, weil ich dieselbe in Bezug auf die correcte Beurtheilung von Strangulations- und Würgeffecten für forensisch wissenswerth halte.

Ich selbst habe mir anlässlich der Zergliederung eines durch den Strang Justificirten, bei dem eine Verbiegung der linken Schildknorpelplatte vorlag, die Frage aufgeworfen, ob die Verbiegung Folge des stattgehabten Insultes sei oder nicht. Dem Gerichtsarzte wird die Auf-

---

[2]) Unter 20 asymmetrischen Kehlköpfen war an 16 die linke Schildknorpelplatte mehr oder minder verbogen und nur einer dieser Kehlköpfe gehörte einer weiblichen Person an.

[3]) Der Kehlkopf des Menschen. Tübingen, 1871.

Digitized by Google

gabe zufallen, zu entscheiden, in wie fern Strangulationen ähnliche Verbiegungen veranlassen, bereits vorhandene Asymmetrien verstärken, und wodurch sich die durch Insult gesetzten Verbiegungen von den gewöhnlichen Asymmetrien unterscheiden.

Ob und in welcher Weise die geschilderten Anomalien des Kehlkopfes die Tonbildung beeinflussen, bleibt künftigen laryngoscopischen Untersuchungen vorbehalten.

Einige Notizen über Kropf in Kleinasien.

Von

Dr. **Tsakyroglous** (Smyrna).

Struma ist wohl nicht ein in den tiefern Thälern der europäischen und asiatischen Gebirge einheimisches Uebel, sondern ein böses Naturspiel unserer sonnigen Flachländer, Meeresküsten und einiger Inseln des Archipels. Zwar sind die letzteren wenig heimgesucht, aber das Binnenland Kleinasiens weist an einigen Orten häufige Fälle auf, wie z. B. Simowa, die Umgebung von Demirdji, Cassaba Oedemisch, Thyra, Païndir und Bojdagan.

Eine allgemein bei den verschiedenen Völkern Kleinasiens verbreitete Idee über die Entstehung des Leidens ist, dass das schädliche Agens das Trinkwasser sei. In Païndir, wo die Bevölkerung ihr Trinkwasser von zwei Hauptquellen entnimmt, deren eine stark kalkhaltig ist, scheut man sich deswegen, dieses Wasser zu benutzen. Das Quartier, welches wegen seiner Lage darauf angewiesen ist, das Wasser dieser Quelle zu trinken, leidet fast ausschliesslich am Kropf. In Simowa wird ebenfalls ein durch einen Kastanienwald fliessendes Wasser als Ursache dieser Krankheit betrachtet. In Thyra dagegen schreibt man sie dem Eise zu, das in den heissen Sommermonaten in grosser Menge consumirt wird. Dass atmosphärische und überhaupt tellurische Verhältnisse das nächste ätiologische Moment bilden, müssen wir unzweifelhaft annehmen. Denn man kann das Vorhandensein dieses Leidens an sporadischen Orten nicht anders erklären, da die in nächster Nähe liegenden Oertlichkeiten ganz verschont bleiben. Bestätigt wird diese Ansicht durch den Umstand, dass Fremde und Leute, die nicht hereditär belastet sind, die Krankheit nach einem kurzen Aufenthalt in Demirdji und Simowa bekommen. Wir erinnern uns eines Freundes, eines 30jährigen Mannes, welcher dort binnen 3 Monaten einen orangengrossen Kropf bekam und nach seiner Rückkehr nach Smyrna durch innerliche Jodoformbehandlung davon schnell befreit wurde.

In Smyrna und nächster Umgebung werden Frauen fast ausschliesslich kröpfig und in keinem Falle lässt sich Heredität constatiren. Mehr als die Hälfte dieser Fälle waren vielleicht durch Schwangerschaft und wiederholte Geburten bedingt. Mädchen leiden selten daran, und bei 3 Frauen war Struma mit schwerer Hysterie vergesellschaftet. Was die sexuellen Verhältnisse anbelangt, kann man als approximative Ziffern 1 : 100 angeben. Doch erreicht die Megalie der Schilddrüse bei uns im Gegensatze zum Binnenlande selten die Grösse einer Orange, sie bleibt gewöhnlich

Digitized by Google

stationär und kehrt nach ärztlicher Behandlung beinahe oder gänzlich zur Norm zurück. Bei einer verheiratheten und starken Frau wurde der ziemlich grosse Kropf nach einer andauernden Epistaxis aus dem Septum zum vollen Verschwinden gebracht. Jodkali und Ergotin waren vielleicht in diesem Falle behilflich. Bei Exophthalmus, wovon wir 2 Fälle beobachtet haben, war nur ein Mal Kropf mit Herzpalpitation vorhanden. Im zweiten Falle, bei einem 40jährigen Mönche, welcher in meiner Klinik, im Griechischen Spital, darniederlag, obwohl ein entsetzlich hochgradiger Exophtalmus sich zeigte, fehlte Struma ganz.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Congress deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden.

Section für Otiatrie.

(Schluss statt Fortsetzung aus No. 10.)

Vorsitzender: Prof. Dr. Kuhn.

Dr. A. Hartmann (Berlin): a) Ueber Cystenbildung in der Ohrmuschel. Von dem Vortragenden wurde bereits früher darauf hingewiesen, dass ein Theil der in der Literatur als Hämatome bezeichneten Geschwülste der Ohrmuschel fälschlicher Weise diesen Namen tragen, da bei denselben ein Bluterguss nicht stattgefunden habe. Der Vortragende hatte inzwischen Gelegenheit, vier neue Fälle zu beobachten, durch welche seine frühere Auffassung bestätigt wurde. Die Erkrankungen haben das Gemeinsame, dass gut genährte, kräftige Personen im mittleren Lebensalter betroffen werden, dass eine Anlage zu Geisteskrankheiten nicht besteht, dass traumatische Einwirkungen nicht vorausgegangen sind, dass das Auftreten der Geschwulst nicht mit Entzündungserscheinungen verbunden ist. Obwohl die Geschwülste frühzeitig nach der Entstehung (durchschnittlich nach 14 Tagen) durch Incision entleert wurden, fand sich doch stets nur vollständig klare, leicht gelbliche Flüssigkeit als Inhalt. Röthliche oder schwärzliche Färbung, Detritusmassen, Fibringerinnsel, welche auf stattgehabte Blutung schliessen lassen könnten, waren in keinem Falle vorhanden.

Jacoby (Magdeburg) hat 2 ähnliche Fälle beobachtet, in denen er von der Idee einer Cyste ausgehend, die Rückwand abzuschaben suchte, jedoch nur rauhen Knorpel fand; es wurde Sublimatgaze eingelegt und aseptisch verbunden; der eine Fall heilte in vier Tagen, der andere entzog sich der Behandlung. Es musste in diesen Fällen wohl eine vorausgegangene Perichondritis angenommen werden.

Dr. Koll (Bonn) beschreibt einen Fall, in welchem eine kastaniengrosse cystoide Geschwulst im vorderen oberen Theil der Ohrmuschel entstand, die operativ entfernt wurde. Aus der Anamnese musste geschlossen werden, dass die Geschwulst aus einem Hämatom hervorgegangen war.

Docent Dr. Rohrer beobachtete eine echte Cyste der Ohrmuschel bei einem 26jährigen Mann. Die Geschwulst sass in der Fossa triangularis, und vergrösserte sich allmählich über die Crus inferior anthelicis

Digitized by Google

nach unten gegen Cymba und Concha; sie war ganz reactionslos und ohne Trauma entstanden; der Inhalt bestand aus klarer, gelber, serösviscöser Flüssigkeit.

Dr. Fischenich beobachtete eine Geschwulst im unteren Theile des Ohres bei einem 40jährigen Schutzmann, die er auch als Cyste ansprechen möchte. Ein Trauma war ausgeschlossen und keinerlei Reaction vorhanden. Die Probeincision entleerte eine helle, seröse Flüssigkeit. Lues wurde zugegeben. Wiederholte Entleerungen mit der Pravaz'schen Spritze und Massage bewirkten Heilung; nur blieb eine Rigidität der Haut an der betreffenden Stelle zurück.

Kessel erwähnt, dass er 4 Fälle von Cystenbildung beobachtet hat. In seinen Fällen entstand dieselbe in der Fossa triangularis. Er glaubt, dass möglicherweise die Cystenbildung auf einen Synovialsack zurückzuführen ist, welcher hinter der Ohrmuschel gelegen ist.

Trückenbrod (Hamburg) hat beobachtet, dass beim Ausräumen der Höhle des Othaematoms mit dem scharfen Löffel das Perichondrium sich an den Stellen, die der Höhle selbst zunächst lagen, ohne jede Anwendung von Druck abheben liess, während in einem Falle, in dem es zweifelhaft war, ob Othaematom oder eventuell Cyste vorliege, die Abhebung des Perichondriums nicht möglich war.

Dr. Keimer (Düsseldorf) erwähnt einen Fall, welcher ätiologisch insofern von Interesse ist, als es sich um eine Patientin handelt, welche, hochgradig nervös, nach vorhergegangenen heftigen Schmerzen im Verlaufe des Auriculo-temporalis einen Herpes prae-auricularis und einige Tage darauf eine Anschwellung in der Concha bekam, welche ohne Schmerzen allmählich zunahm, und welche pralle Fluctuation zeigte. Es entleerte sich eine viscide gelbe Flüssigkeit bei der Punction, nachträglich wurde durch die Canüle 2 pCt. Carbolsäurelösung eingespritzt und nach 5 Tagen dasselbe Verfahren mit definitivem Erfolge gemacht. Es handelte sich also hier um vasomotorische Störungen, welche also unter Umständen die Ursache der von Hartmann erwähnten Cysten der Concha sein dürften.

Ein zweiter Fall von Cyste, ohne Tranma und ohne Schmerz entstanden, bot sonst nichts Besonderes, auch er heilte nach Entleerung und Einspritzung von 2 pCt. Carbollösung.

Barth: Zur Entscheidung, ob Cyste oder Hämatom vorliegt, dürfen nur frische, noch nicht behandelte Fälle herangezogen werden. Nicht allein in gewissen anatomischen Verhältnissen, sondern auch in besonderen Umständen, welche gerade im mittleren Lebensalter bestehen, ist die Ursache der Entstehung zu suchen.

b) Beitrag zur Behandlung der Nasenrachentumoren. Der Vortragende erwähnt die üblichen Methoden zur Entfernung und Zerstörung der Nasenrachenraumtumoren und schildert die von ihm geübte Methode der Zerstörung mit dem Paquelin'schen Thermokauter: Mit demselben kann die Zerstörung in verhältnissmässiger kurzer Zeit, ohne wesentliche Blutung, ohne besondere Belästigung des Patienten und ohne sonstige grössere operative Eingriffe bewirkt werden.

Um die gesunden Theile vor der Einwirkung der Hitze des Instrumentes zu schützen, muss dasselbe durch Metallröhren (Zaufal'sche Trichter), die mit angefeuchteter Watte umwickelt sind, eingeführt

Digitized by Google

werden. Die Trichter werden unter Beleuchtung fest auf den Tumor aufgesetzt und das in Glühhitze versetzte Instrument tief in den Tumor eingesenkt. Dies kann in einer Sitzung, nachdem die Röhre jedesmal wieder abgekühlt ist, mehrmals geschehen. Mit Schmerzen ist diese Art der Verbrennung erst dann verbunden, wenn man in die Nähe von gesundem Gewebe kommt. Das Instrument wird dann sofort zurückgezogen, um in anderer Richtung von Neuem eingeführt zu werden. Haben sich durch Zerstörung des mittleren Theils der Geschwulst Lappen gebildet, so können diese mit der galvanokaustischen Schlinge gefasst und abgetragen werden.

Bei der Zerstörung der Basis der Geschwulst können ausserdem noch die Electrolyse und die Galvanokaustik in Anwendung kommen.

Bezüglich der Recidivfähigkeit glaubt der Vortragende, dass es weniger auf die Art des Zerstörungsmittels ankommt, als vielmehr auf die Gründlichkeit, mit welcher die Zerstörung vorgenommen wird, und auf den Charakter der Geschwulst.

An der Discussion betheiligen sich: Prof. Kessel, Dr. Katz, Dr. Gottstein.

Letzterer macht darauf aufmerksam, dass er bereits auf der Naturforscherversammlung in Baden die Methode erwähnt hat, durch den Zaufal'schen Trichter hindurch mit einem dicken Galvanokauter Nasenrachengeschwülste zu zerstören. Blutungen sind dabei nicht bedeutend. Er räth auch, mit der Exstirpation vorsichtig zu sein, weil zuweilen Fortleitung nach der Orbita vorkommen kann, wie in einem Fall, den er jetzt zu beobachten Gelegenheit hat.

c) Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. Während von den meisten Autoren zur Entfernung der Fremdkörper aus der Nase die Anwendung von Zangen empfohlen wird, wozu nicht selten die Chloroformnarcose erforderlich ist, gelang es dem Vortragenden in allen Fällen, welche in seine Behandlung kamen, die Entfernung mit der gewöhnlichen, hakenförmig abgebogenen Silbersonde zu bewirken. Die Sonde wird mit dem concaven Theil nach unten, dem oberen Theil der Nasenscheidewand entlang, eingeführt, dann gesenkt und so der hakenförmige Theil hinter den Fremdkörper gebracht. Mit dem Zurückziehen der Sonde wird der Fremdkörper nach aussen befördert.

Vierzehn auf diese Weise entfernte Fremdkörper werden demonstrirt, darunter ein Schuhknopf, welcher 14 Jahre lang, ein anderer, welcher 1 Jahr lang in der Nase verweilt hatte.

Dr. Guye (Amsterdam) stimmt Hartmann vollkommen bei in seiner Verurtheilung der leider noch zu oft angewendeten Zange oder Pincette, verwundert sich aber, dass Dr. Hartmann nicht seine vor schon 20 Jahren publicirte Zange, eine Miniatur der geburtshilflichen Zange, gebraucht, weil der eine Schenkel dieser Zange, als Hebel angewendet, ebenso gefahrlos und seiner Ansicht nach viel zweckmässiger den Zweck erfüllte.

Ferner betheiligen sich an der Discussion: Dr. Barth, Dr. Hessler, Dr. Tschudi.

2) Dr. Wolf (Frankfurt): Die Beziehungen der Ohrenkrankheiten zu den Allgemein-Krankheiten des Körpers. Das vorliegende Thema sei der Versuch zur Aufstellung einer Art

Digitized by Google

Otosemiotik der inneren Krankheiten einerseits und einer allgemeinen Aetiologie der Ohrenkrankheiten andererseits; die bisherige Literatur biete keine derartig zusammengefasste Schilderung und sei in zahlreichen Einzelarbeiten zerstreut, über eine ziemlich grosse Anzahl von Allgemeinkrankheiten und deren Einfluss auf die Krankheiten des Ohres fänden sich überhaupt keine oder nur unvollkommene Notizen, so z. B. über Rheumatismus articul. acutus und Endocarditis, über Diabetes, Chlorose und Anaemie, Parametritis atrophicans chronica, über Intoxication durch Tabak, Blei, Quecksilber und Silber.

Auch die in neuerer Zeit so zahlreich erscheinenden Berichte aus den Ohrenkliniken schlössen ziemlich lakonisch mit dem Ausspruch: Als Ursachen der Ohrenkrankheiten werden angegeben: Coryza, Scrophulose, Tuberkulose, Syphilis, kaltes Bad, Masern, Scharlach, Diphtherie, Pneumonie, Typhus und Hirnkrankheiten.

Was nun des Redners eigene Erfahrung betreffe, so habe er seit einer ziemlich langen Reihe von Jahren seine Aufmerksamkeit diesen Beziehungen zugewandt und die Rücksichtnahme auf gewisse Allgemeinkrankheiten habe ihm recht oft die Diagnose und die Prognose der Ohraffectionen erleichtert.

Im Speciellen sei er mit der Bezeichnung „Sklerose des Mittelohres" weit sparsamer geworden. Wenn er dafür mit der Diagnose „Labyrintherkrankung" freigiebiger sei, so habe ihn dabei nicht nur die Erweiterung unserer Kenntnisse über die Hörprüfung, sondern vorzugsweise die Berücksichtigung des Zustandes des Gesammtorganismus des Patienten unterstützt; denn wir könnten uns ruhig eingestehen, dass zur Diagnose „Labyrintherkrankung" alle Arten von Hörprüfung mittelst Sprache, Uhr, Stimmgabeln, Pfeifen etc. allein nicht ausreichen, vorzugsweise deshalb, weil wir mit zwei Ohren hören und daher Selbsttäuschungen der Patienten nur schwer auszuschliessen sind.

Als Eintheilungsprincip für das vorliegende Thema müssen uns naturgemäss die Organleiden und die Allgemeinkrankheiten gelten, nicht die Ohrenkrankheiten. Redner will zuerst über diejenigen Allgemeinkrankheiten sprechen, welche vorzugsweise zur Erkrankung des schallzuleitenden Apparates führen, um sodann diejenigen zusammenzufassen, welche vornehmlich den schallempfindenden Apparat zu alteriren geeignet sind.

Für die Grenzen dieses Vortrags müsse er sich jedoch darauf beschränken, dasjenige aus seinen Erfahrungen hervorzuheben, worüber er in der Literatur nichts Wesentliches habe finden können. Zudem bitte er um Nachsicht, falls sich Lücken in der Beweisführung ergeben sollten. Die bei Weitem zahlreichsten Mittelohrerkrankungen verursacht die Influenza sowohl der Kinder, als der Erwachsenen, meist leicht Formen, fortgeleitet vom Catarrh des Nasenrachenraumes, Tuben- und Mittelohrcatarrhe mit und ohne serös-schleimiges Exsudat erzeugend; bei früher und geeigneter Behandlung kommt es selten zur eitrigen Otitis. Die mit Influenza sich leicht complicirende, catarrhalische Pneumonie der Kinder giebt schon zu schweren Alterationen Anlass, es kommt dabei nicht selten in Folge der Stase im Blutkreislauf zu Exsudationen im Labyrinth mit bleibender hochgradiger Taubheit und lange andauernden Gleichgewichtsstörungen. Die Pneumonia crouposa der

Digitized by Google

Erwachsenen ist zwar seltener mit Ohrkrankheiten complicirt, dagegen fand Redner, dass die meisten acuten Mittelohrentzündungen in die Zeit der Pneumonien fallen; ob die Einwanderung der gleichen Coccen hier Pneumonie, dort Otitis media acuta erzeugen kann, muss der weiteren Forschung vorbehalten bleiben. Man müsse aber schon frühe, vor beginnender Eiterung, das Secret der Paukenhöhle untersuchen, sonst finde man wohl nur den gewöhnlichen Eiter-Staphylococcus.

Der Influenza am nächsten bezüglich der Häufigkeit der Mittelohrerkrankungen steht zweifellos Scrophulose und Tuberkulose, um so mehr, als Kinder, welche Anlage zu diesen Cachexien bekunden, auch viel häufiger während der acuten Exantheme von Ohrenkrankheiten befallen werden, als sonst gesunde Kinder. Damit will sich Redner durchaus nicht in die vorotiatrische Zeit zurückbegeben, in welcher jedes Ohrenleiden kurzer Hand für scrophulös erklärt wurde, er neige jedoch der Ansicht zu, dass nicht wenige Erkrankungen des Warzenfortsatzes mit käsigen Herden den Knochentuberkeln ihre Entstehung verdanken. In neuerer Zeit seien ja auch Tuberkelbacillen innerhalb solcher käsiger Massen gefunden worden (Habermann, Moldenhauer). Dass die acute Miliartuberculose zu raschem Zerfall und Necrotisirung der Paukenhöhlentheile führe, habe u. A. auch er an einem sehr charakteristischen Falle in einer früheren Arbeit (Ueber die Necrose der Gehörknöchelchen) gezeigt.

Die Mittelohrerkrankungen bei Masern bieten so ziemlich dasselbe Bild, wie bei Influenza — nur selten ereigneten sich unglückliche Ausgänge und zwar, wie schon erwähnt, hauptsächlich bei cachectischen Kindern. Ueber die Scharlach-Otitis sei so viel geschrieben worden, dass Redner sich darauf beschränken wolle, zwei in neuester Zeit beobachtete Fälle zu erwähnen, welche differentiell-diagnostische und prognostische Schwierigkeiten geboten hätten. Es handelte sich um Mädchen von 13—14 Jahren. Die erste erkrankte an doppelseitiger acuter Otitis media; rechts erfolgte alsbald Rückgang der Affection, links trat Perforation des Trommelfelles ein. Der Verlauf war zunächst ein milder und die Perforation begann sich bereits zu schliessen, als am 16. Tage die Eiterung wieder stark und übelriechend wurde, Abends hohes Fieber, 40,5 ° C., heftige Kopf- und Halsschmerzen, Erbrechen hinzutraten und der herbeigerufene Arzt wegen beginnender Meningitis in grosser Besorgniss war; anderen Morgens fand Dr. Wolf deutliches Scharlach-Exanthem. Die stürmischen Allgemeinsymptome verschwanden, die Ohraffection dagegen verschlimmerte sich während der Scarlatina, griff auf den Process. mastoid. über und in der 7. Krankheitswoche musste Redner zur Perforation des Warzenfortsatzes schreiten; in der 10. Woche waren Paukenhöhle und Warzenfortsatz ausgeheilt.

Das andere Mädchen kam mit einfacher Secretansammlung in der Paukenhöhle in Behandlung; nach der Paracentese des Trommelfelles und Entleerung von schleimigem Secret trat Erleichterung ein, am 6. Tage der Erkrankung wurde das Secret jedoch eitrig, am 13. Tage Abends traten heftige Kopf- und Ohrenschmerzen, Erbrechen auf, Temperatur 40,2 ° C. Da die Mutter behauptete, das Kind habe bereits Scharlach gehabt, so war die Diagnose sehr schwierig, am anderen Tage jedoch war das betreffende Exanthem deutlich vorhanden. Die Ohr-

Digitized by Google

affection verlief rascher als im ersten Fall, so dass die Paukenhöhle 3 Wochen später vollkommen ausgeheilt war.

Ueber Diphtherie des Mittelohres ist die Literatur bereits ziemlich umfangreich, sehr wichtig sind die neuesten Entdeckungen von Moos: „Ueber Pilzinvasion in's Labyrinth bei Diphtherie", welche beweisen, dass das Labyrinth auch ohne Diphtherie der Paukenhöhle direct von dieser Krankheit ergriffen und durch Gerinnung der Lymphe vernichtet werden kann. Secretorischer Catarrh der Paukenhöhle fand sich allerdings in einigen der Moos'schen Fälle. Redner hält diesen secretorischen Catarrh nicht für unwesentlich bezüglich der Aetiologie dieser Labyrintherkrankung, er hat bei Mumps in mehreren frischen Fällen gleichfalls den secretorischen Catarrh der Paukenhöhle vorgefunden und nach dessen Beseitigung die hochgradige Schwerhörigkeit verschwinden sehen; abgelaufene Fälle mit vollständiger Labyrinthtaubheit kamen auch ihm zur ersten Consultation.

Viel zahlreicher, als man bisher geglaubt hat, sind die Mittelohraffectionen, welche dem Rheumatismus articulorum acutus ihre Entstehung verdanken. Die Krankheit ist in unserer Gegend leider sehr verbreitet, dennoch kommt der Ohrenarzt selten in die Lage, ganz frische Fälle untersuchen zu können. Redner hat zwei Kranke beobachtet, bei welchen unter dem Bilde einer subacuten Otitis mit serösschleimigem Secret der Paukenhöhlen die Krankheit einsetzte und erst am 4. bis 5. Tage die Gelenke der Extremitäten ergriffen wurden. Wenn wir bei zahlreichen Kranken mit Rigidität der Gehörknöchelchenkette und Verdichtung der Paukenhöhlenauskleidung Rheumatismus acutus als Ursache vorfinden, warum sollen wir nicht annehmen, dass diese Krankheit auch die Gelenke der Gehörknöchelchenkette befallen hatte?

An die Besprechung des acuten Gelenkrheumatismus schliesst sich naturgemäss die der Endocarditis und der embolischen Processe an. Trautmann u. A. haben bei ihren Obductionen hämorrhagische Ergüsse in Folge von Embolie in der Paukenhöhlenauskleidung gefunden, jedoch niemals Embolie der Arteria auditoria interna. Redner glaubt ein derartiges Ereigniss bei Endocarditis eintreten gesehen zu haben, weil sich ein solch characteristisches Krankheitsbild ausbildete, dass die Annahme einer anderweitigen Affection auszuschliessen war. Da die Patientin noch lebt, so hat Redner bisher die Veröffentlichung dieses interessanten Falles unterlassen, weil die Diagnose durch das Sectionsresultat bis dato nicht bestätigt ist.

Zum Schlusse dieses Theiles bespricht der Vortragende die Einwirkung des Diabetes mellitus auf den schallzuleitenden Apparat. In der bisherigen Literatur sei über diese nichts Wesentliches zu finden. Nach Redners Beobachtungen weisen eigenthümliche Erkrankungen des schallzuleitenden Apparates bei Individuen im mittleren und höheren Lebensalter auf Diabetes hin; zunächst seien häufige wiederkehrende Furunkel des äusseren Gehörganges, weil dieselben auf Gewebsnecrose beruhen, verdächtig; dann aber auch eine acute Erkrankung der Paukenhöhle, welche unter dem Bilde der acuten eitrigen Otitis media beginne und im Verlaufe Necrotisirung kleinerer oder grösserer Knochenstellen erkennen lasse; man könne die Otitis media necroticans sive

Digitized by Google

diabetica nennen. Redner beschreibt als Beispiel einen derartigen Krankheitsfall, bei welchem die erkrankte Knochenstelle bald gefunden wurde, welcher dann unter schweren Symptomen seitens des Warzenfortsatzes verlief, so dass die Perforation in Frage kam, zum Schluss aber ohne Operation ausheilte, nachdem eine strenge Diät und die Carlsbader Cur den Zuckergehalt des Urins von 7 pCt. auf 0,5 pCt. herabgesetzt hatte. Es empfehle sich daher bei jeder im bezeichneten Lebensalter eintretenden schweren eitrigen Mittelohrentzündung den Urin auch quantitativ auf Zucker untersuchen zu lassen, denn davon hänge u. A. auch der Beschluss über eventuelle Perforation des Warzenfortsatzes ab.

Im zweiten Theile seines Vortrages bespricht Dr. O. Wolf die Allgemeinkrankheiten, welche vorzugsweise mit den Erkrankungen des Hörnervenapparates in Zusammenhang zu bringen sind, nämlich die Meningitis und Meningitis cerebrospinalis, den Typhus, die Leukämie, Syphilis, Parametritis atrophicans chronica, Chlorose und Anämie, die Intoxicationen durch Nicotin, Quecksilber, Silber, Blei, und gedenkt endlich des Einflusses, welchen rasch hintereinander folgende Schwangerschaften, Puerperien und die Lactation auf die Entwicklung und Ausdehnung krankhafter Zustände des Gehörorganes ausüben.

Die Discussion wird auf Antrag vor Dr. Hartmann auf den Schluss der Verhandlung verschoben.

3) Prof. Kuhn (Strassburg): a) Ueber Caries des Schläfenbeins und Prolapsus cerebelli. K. demonstrirt das linke Schläfenbein eines 8jährigen Mädchens, an welchem in Folge einer mehrjährigen Caries des Mittelohres der ganze Warzentheil nebst den angrenzenden Parthien des Hinterhauptbeines zerstört worden, und wobei durch die so entstandene Knochenöffnung ein apfelgrosser, 6,5 cm hoher, 4,5 cm breiter und 3 cm dicker Prolapsus cerebelli ausgetreten war. Das Aussehen der Geschwulst, das Fehlen der Hirnhäute, die schwachen Pulsationen des weichen Tumors, das Fehlen jedweden Gehirnsymptoms bei Druckversuchen, sowie endlich das Resultat der vor der Operation vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung eines kleinen Theiles der Oberfläche verschuldeten den diagnostischen Fehler von der Annahme eines Rundzellen-Sarcoms der Dura mater.

Die wahre Natur des Prolapsus wurde erst während der Abtragung des Tumors erkannt, aber weder während noch nach der Operation traten Hirnsymptome auf und der Krankheitsverlauf war 18 Tage lang ein ganz günstiger; alsdann aber stellten sich Fieber, hochgradiger Kräfteverfall und meningitische Symptome ein, an welchen die Patientin am 28. Tage nach der Operation zu Grunde ging.

Die Section erwies neben den ausgedehnten Zerstörungen am Process. mastoideus einen bohnengrossen cariösen Durchbruch am Paukenhöhlendache, von welchem die Meningitis purulenta ihren Ausgang genommen hatte, so dass schliesslich der Exitus letalis nicht als die directe Folge der Operation angesehen werden muss.

Bei der Seltenheit derartiger Fälle, und besonders in Anbetracht des diagnostischen Missgriffes, geht der Vortragende näher auf den Fall ein und zieht besonders die aus der Literatur bekannten Fälle von Prolapsus cerebri bei traumatischen Schädelverletzungen heran, in welchen die Ab-

Digitized by Google

tragung der vorgefallenen Hirnmasse mit günstigem Erfolge gemacht worden war.

b) Ueber Cholesteatom des Gehörorganes. Noch immer besteht zwischen den pathologischen Anatomen und den Ohrenärzten eine Meinungsverschiedenheit über die Entstehungsweise der im Gehörorgane vorkommenden cholesteatomatösen Bildungen. Während dieselben von den Anatomen für wahre, vom Knochen oder von den Weichtheilen ausgehende Neubildungen angesehen werden, wie die Perlgeschwülste der Schädelknochen, der weichen Hirnhäute u. s. w., bei denen anfangs jede Entzündung fehlt, später aber durch Reizung oder durch Eindringen von Microorganismen eiterige Entzündungen mit Destruction entstehen, handelt es sich für den Ohrenarzt bei dem Ohrcholesteatom nur in den allerseltensten Fällen um eine wahre Neubildung, sondern wir haben es, nach der Lehre unseres Altmeisters v. Troeltsch, fast immer „mit der Retention von Entzündungsproducten zu thun, die sich zu einer geschwulstartigen Masse angesammelt haben und eingetrocknet sind"; um diesen, aus verfettetem und käsigem Eiter bestehenden Kern bilden sich als Folge des Reizes, den derselbe auf die umgebende Knochenwand und resp. deren Bekleidung ausübt, concentrische Schichten grossplattiger Epidermiszellen mit eingestreuten Cholestearinkrystallen. Die nun entstandene Geschwulst besitzt weder die Elemente eines Gerüstes, noch eine fibröse Kapsel. Ihr ursächliches Moment ist eine eiterige Mittelohrentzündung mit Granulationswucherungen und Zerstörung des Trommelfelles.

Immerhin giebt auch v. Troeltsch zu, dass hier und da primäre Perlgeschwülste im Ohre vorkommen, aber weitaus viel seltener, als die in oben geschilderter Weise zu Stande gekommenen Cholesteatombildungen. So hat Lucae eine derartige Perlgeschwulst beschrieben, bei der weder Entzündung der Pauke, noch Trommelfellperforation vorhanden waren, und ebenso erwähnt Schwartze einen Fall, wo ohne vorausgegangene Otitis und Eiterung ein Cholesteatom nach 19 Jahren unter acuten Hirnsymptomen in den Gehörgang durchgebrochen war, und andere.

Im Gegensatz zu diesen beiden Anschauungen hielt Wendt die Perlgeschwulst des Ohres für das Product einer desquamativen Entzündung der Mittelohrschleimhaut, deren Pflasterepithel bei eiterigen Affectionen eine epidermisartige Beschaffenheit annimmt. Das in Masse producirte Epithel bildet concentrische Schichten, die allmählich zu einer Geschwulstmasse heranwachsen.

Der Vortragende hat schon im Jahre 1884 in der Versammlung süddeutscher Ohrenärzte mehrere Präparate von Ohr-Cholesteatom demonstrirt; heute nun ist er in der Lage, fünf weitere darauf bezügliche Felsenbeine vorzeigen zu können, die aus den letzten zwei Jahren stammen.

Bei der Durchmusterung der vorgelegten Präparate vermisst nun der Vortragende verschiedene anatomische Merkmale, die v. Troeltsch für seine Ansicht geltend gemacht hat. In dem einen Falle liegt der Tumor in der Paukenhöhle, das Antrum ist vollständig frei, die der Neubildung benachbarte Paukenhöhlenauskleidung zeigt normales Epithel; an einem anderen Präparate stellt die Neubildung einen durchaus homogenen Tumor dar, dessen innerste Lagen die gleichen polygonalen

Digitized by Google

Plattenzellen darbieten, wie die peripheren Schichten und wo keine Spur von alten Eitermassen vorhanden ist. An einem dritten Felsenbeine füllt eine 2 cm lange, 1 cm dicke, ovale Geschwulst die Paukenhöhle aus; sie erstreckt sich vom Orificium tympanicum tubae durch die ganze Länge des Cavum tympani bis in das Antrum; in ihrem vorderen Drittel sieht man noch deutlich die weissen Cholesteatommassen; an den hinteren Abschnitten dagegen ist die Geschwulstmasse in ihrer ganzen Dicke grau entfärbt und erweicht, enthält aber noch characteristische Cholesteatomelemente; die ganze Geschwulst liegt ziemlich frei von den umgebenden Wänden, die weder cariös, noch entzündet sind. Auch hier ist von einem centralen Eiterkern nichts zu sehen. Weiterhin liegen die beiden Felsenbeine eines 7monatlichen Kindes vor, an denen leicht erkennbar ist, dass die daselbst vorgefundenen Cholesteatommassen entstanden sind, ohne dass Eiterretention im Antrum oder in der Pauke dabei im Spiele sein konnte.

Hierauf gestützt, wie auch nach den früher schon demonstrirten Präparaten, glaubt der Vortragende, dass die so exclusive Ansicht der Ohrenärzte, wenn überhaupt, jedenfalls in einer viel grösseren Anzahl von Fällen, als bisher angenommen, nicht begründet werden kann, dass fernerhin für die Bildung von Cholesteatommassen um alte vertrocknete Eitermassen in Folge des Reizes, den dieselben auf die umgebenden Membranen ausüben, kein Analogon an anderen Körpertheilen besteht. Schliesslich ist es nicht schwer, auch den klinischen Verlauf derartiger Erkrankungen mit der Annahme einer wahren Neubildung zu vereinbaren; zu ihrer primären Anlage, mögen sie congenital oder in einer ganz frühen Lebensperiode entstanden sein, gesellt sich ein langsames Wachsthum, bei dem die Geschwulst ohne jegliches, selbst functionelles pathologisches Symptom längere Zeit bestehen kann; erst durch Hinzutritt irgend einer Schädlichkeit, sehr wahrscheinlich von der Tuba her, kann alsdann die Neubildung gereizt, entzündet werden, Eiterungen, Trommelfellperforationen im Gefolge haben, kurz das Bild einer Otitis annehmen und schliesslich früher oder später pyämische oder andere Destructionsprocesse hervorrufen, denen die Kranken endgiltig erliegen.

An der Discussion betheiligen sich: Prof. Kessel, Prof. Moos, Wolf, Barth. Letzterer behauptet, dass das Cholesteatom des Ohres durchaus nicht als echter Tumor aufgefasst werden darf, da es nicht vascularisirt ist. Es ist vielmehr nur als Desquamativprocess aufzufassen, als Folge desselben Verhaltung, locale Zersetzung und eventuell allgemeine Infection.

Dr. Katz (Berlin): Demonstration der nach seiner Methode hergestellten Uebersichts-Präparate des häutigen Labyrinths. Die Methode ist in der Monatsschrift bereits früher veröffentlicht.

Vorsitzender: Dr. Arthur Hartmann (Berlin).

1) Dr. Hessler: Otitis durch Infection. Kommen durch eine Excoriation im Gehörgange Microorganismen in einen Organismus, entsteht die Otitis ex infectione. Die Malignität derselben, die Prognose, hängt allein ab von der Qualität der Microorganismen, nicht von der localen Reizung. Unter 3½ Tausend Patienten 17 einschlagende Beobachtungen. Die erste vor 5 Jahren durch ein in den Gehörgang

Digitized by Google

eingelegtes, ausgelaugtes Speckstückchen. Bald darauf Frostschauer, Hitze, Abgeschlagenheit, starke Schwellung im, vor und hinter dem Ohre in weiter Ausdehnung. Durch locale Blutentziehung und Eisbeutel eben so rasche Besserung. In einem 2. Falle mit gleich starker localer Schwellung und Infiltration konnte das Fortwandern dieser Erscheinungen verfolgt werden. Die Heilung trat ebenso rasch und wohl mehr spontan ein. Die Infectionsstelle war papillär erhaben, und sie verschwand gleichgradig mit der localen Entzündung. — Die Diagnose ist verschieden schwer; öfters hatten sie die Patienten selbst gestellt und befürchtet. Nicht leicht ist sie, wenn die Otitis ex infectione zu andern Ohrenentzündungen hinzukommt. Die rasch ansteigende Verschlimmerung des Zustandes ist dann zu eclatant und in dem klinischen Verlaufe nicht hinreichend characteristisch. Zumeist wurde sie noch mit der Furunculosis verwechselt. Verdächtig muss es erscheinen, wenn dieselbe durch locale Blutentziehung coupirt wird, ohne zur Abscedirung zu führen. Bei dieser verschwindet die Hauthervorwölbung, die Abscessdurchbruchstelle, unter Entleerung von Eiter; bei der Otitis externa ohne Aufbruch und mit einer Transsudation in den Gehörgang. In 2 Fällen entleerte sich bei tiefer Incision nur relativ wenig oder gar kein Blut und absolut kein Eiter; anders bekanntlich bei der Furunculosis. Die Entspannung des entzündeten und straff gespannten Gewebes hierbei bringt neben localer Erleichterung eine sichtliche Besserung des Allgemeinbefindens. Warme Priessnitz'sche Umschläge, doch sonst bei Furunculosis von anerkannt guter Wirkung, lassen hier im Stich, steigern manchmal sogar die Schmerzen. Ist das Trommelfell mit entzündet, ist Verwechselung mit Mittelohrcatarrh zu besorgen, die in einem Falle früher stattgefunden hatte. Die 17 Beobachtungen betreffen 10 Personen männlichen und 7 weiblichen Geschlechts. Die Verletzungen fanden sich bis auf 3 Fälle hinten, unten im Gehörgang und dicht am Isthmus; 8mal links, 7mal rechts, 2mal in beiden Ohren; 5mal war nur der Gehörgang geschwollen, je 2mal auch die Parthien vor und hinter dem Ohre, 7mal weit über dem Warzenfortsatz in den Hals hinunter und 1mal durch die ganze Ohrmuschel in erisypelasähnlicher Form.

Was die Therapie betrifft, muss vor zu energischen Massnahmen gewarnt werden. Blutentziehungen, Cataplasmen warm und kalt, Incisionen waren recht oft ganz wirkungslos. Die Wahl der Cataplasmen wird am besten den Patienten selbst überlassen. Gegen das Jucken im Ohr waren Sublimatbäder angenehmer und sicherer wirkend als der absolute Alkohol.

Wenn einmal auf diese Affection, Otitis ex infectione die Aufmerksamkeit der Collegen hingelenkt sein wird, werden die Fälle sicher nicht so selten beobachtet werden, als sie bis jetzt vorzukommen scheinen.

Prof. Kessel (Jena) und Dr. Katz (Berlin) bestätigen die Ansichten des Vortragenden durch Anführung eigener einschlägiger Beobachtungen durch Infection mit unreinen Ohrtrichtern.

Prof. Kessel empfiehlt zur Behandlung der infectiösen Otitis, Einführung von festen Wattetampons, die in Sublimatalkohol (Sublimat 0,1: 100,0 Spirit. dilut.) getaucht sind.

2) A. Barth (Berlin): Die Bestimmung der Hörschärfe. I. Eine physikalisch genaue Hörprüfung ist für die Bedürfnisse der

Digitized by Google

Praxis überhaupt ausgeschlossen: a) weil die dazu nothwendigen physikalischen Grundlagen noch zu mangelhaft sind; b) weil das Verhältniss der physikalischen zu den physiologischen Vorgängen noch zu wenig bekannt ist; c) weil uns die Unregelmässigkeit der Instrumente und äusseren Verhältnisse nicht gestattet, mit absolut bestimmten und constanten Grössen zu arbeiten. II. Die Hörschärfe in den Zahlenwerthen der Amplitude oder der physikalischen Intensität auszudrücken, ist für uns durchaus unbrauchbar: a) weil die an und für sich complicirten Hörprüfungen durch die Beobachtung und Berechnung noch viel umständlicher würden; b) weil bei den vorher erwähnten Schwierigkeiten die erhaltenen Werthe mindestens nicht mehr Anspruch auf Genauigkeit würden machen können, als wir sie auch jetzt schon bei unseren Methoden haben; c) weil man sich aus den erhaltenen Zahlen absolut keine Vorstellung von der Intensität der Empfindung machen könnte. III. Die gebräuchlichen Methoden, die Hörschärfe in einfachen Zahlen der Entfernung resp. der Zeit des Hörens auszudrücken, sind bis jetzt die brauchbarsten: a) weil sie verhältnissmässig einfach sind; b) weil sie ebenso gut wie andere Methoden genau sind, und eine wissenschaftliche Unterlage haben; c) weil man sich aus den einfachen Zahlen recht gut eine Vorstellung von der Intensität der Empfindung machen kann. — Es folgt der Vorschlag, zur Frage der Hörprüfung, besonders der Prüfung mit Stimmgabeln, eine Commission zu wählen.

Die Berathung über Hörprüfungen von einer Commission wird von der Versammlung als wünschenswerth anerkannt, jedoch aus praktischen Rücksichten verschoben.

3) Prof. Kessel: Zur Perception der Töne. Vortragender hält es für nothwendig, zunächst innerhalb der Hörgrenze zu prüfen, d. h. von 16—54,000 Schwingungen, und weist darauf hin, dass tiefe Töne schlecht und hohe Töne auffallend gut gehört werden; dass im Ohr eine Organisation liegt, welche bei physikalischen Untersuchungen berücksichtigt werden muss. Er hat, um ein objectives Mass zu erhalten, Telephonprüfungen eingeführt, in welches er das Geräusch eines Inductionsapparates leitet. Die Intensität kann geändert werden durch eine Wassersäule. Er geht daher von dem Schwellenwerth aus, welcher selbstverständlich bei Kranken und Gesunden verschieden liegt. Er prüft nur mit der Flüstersprache und setzt sie in Beziehung zu den Werthen, welche er an der Scala gefunden; er glaubt, dass, wenn eine grosse Zahl geprüft und ausgewerthet ist, man so zu einem objectiven Masse der Hörschärfe gelangen könne.

Dr. A. Hartmann (Berlin): Da die Werthe für die Anfangsamplitude und für die Amplitude der Grenze der Hörbarkeit, sowie die des Decrementes der Abnahme bis jetzt nicht festgestellt werden können, sind wir nicht im Stande, den physikalischen Werth der Schallintensität bei der Untersuchung der Hörschärfe mit Stimmgabeln zahlenmässig festzustellen. Vorerst muss die einfache Hörzeit als Mass dienen.

Docent Dr. Rohrer betont, dass die osteo-tympanale und reintympanale Schallleitung eine combinirte Untersuchung mit verschiedenen Methoden erheische; dass namentlich bei den Stimmgabeluntersuchungen hohe und tiefe Stimmgabeln zu verwenden seien und die Perceptionszeit für die Differentialdiagnose von Affection des Labyrinthes und Mittel-

Digitized by Google

ohres von grosser Wichtigkeit ist. Immer aber falle daneben in Berücksichtigung die Würdigung der Prüfung auf hohe Töne und das Resultat der Sprachprüfung.

Dr. O. Wolf bittet die Collegen, das einfachste und doch wieder am meisten complicirte Prüfungsmittel, die menschliche Sprache in erster Linie zu stellen. Er verweist auf sein im Jahre 1870 erschienenes Werk „Sprache und Ohr", in welchem Tabellen vorhanden sind, welche es ermöglichen, in sehr kurzer Zeit die Tonhöhe, Tonstärke und Klangfarbe der einzelnen Vocale und Consonanten sich einzuprägen. Wenn der also vorbereitete Prüfende ein Wort dem Patienten vorspricht und der Patient andere Consonanten hört, die Laute verwechselt oder nicht percipirt, so kann der Arzt leicht feststellen, welche Töne vom Patienten gehört oder nicht gehört werden. Dr. Wolf will damit durchaus nicht die Hörprüfung mittelst der Stimmgabel oder anderer Prüfungsmittel vernachlässigt wissen.

4) Dr. Rohrer (Zürich): Bacteriologische Beobachtungen bei Affectionen des Ohres und des Nasen-Rachenraumes. Durch die schätzenswerthen Arbeiten von Löwenberg, Thost, Valentin, Fränkel, Strauch, sind wir über die bacteriologischen Befunde in der normalen und pathologisch afficirten Nasen-Rachenhöhle und durch Kirchner über diejenigen bei acuten eiterigen Processen des Meatus externus aufgeklärt worden. Ein abschliessendes Resultat über den Causalnexus zwischen bacteriologischen Substraten und Krankheitsprocessen im Ohr und Nasen-Rachenraum wurde jedoch von keinem der Autoren erreicht. Es wurde auch in keiner der Arbeiten auf den möglichen Zusammenhang zwischen Krankheitsprocessen des Cavum pharyngo-nasale und des Mittelohres unter Nachweis ähnlicher oder gleichwerthiger Microben hingewiesen.

Gestützt auf letzteren Standpunkt, habe ich von 18 Kranken Untersuchungen gemacht. Es betraf 12 Fälle von Rhinitis, wovon 9 mit fötidem Secret, 3 nicht fötid waren, 1 Fall von hypertrophirender Pharyngitis und 5 Fälle von Mittelohreiterung verschiedenen Characters, theils einfache chronische Otorrhoe, theils solche mit fötidem Secret mit cariöser Betheiligung des Knochens.

Ausserdem untersuchte ich das Secret der Nasenschleimhaut bei Coryza simplex und des Meatus externus bei Accumulation von Cerumen. Auch bei Ozäna fertigte ich direct von den Krusten Deckglaspräparate an. Die Methode der Untersuchung bestand in der bekannten Fixation des Secretes auf dem Deckglas, Färbung mit verschiedenen Anilinfarben, besonders mit Gentianaviolett, Entfärben mit reinem Anilinöl (nach Angabe von Klebs), Aufhellen mit Bergamotöl und Einschliessen in Xylol-Canadabalsam.

Im Cerumen fand ich bei Proben von 4 verschiedenen Fällen in einem Fall Coccen kleiner Form, in einem zweiten Fall kleine Bacillen. Die Eiterungen des Mittelohres ergaben in allen 5 Fällen nach Cultur auf Agar-Agar, die theils im Brütofen bei 37° C., theils bei Zimmertemperatur gezüchtet wurde, Bacillen mittlerer Grösse. In 2 Fällen neben den Bacillen kleine Coccen.

Dass der Nasen-Rachenraum mit seiner bedeutenden, als Filter und Vorwärmer der Respirationsluft eingerichteten Oberfläche

Digitized by Google

eine grosse Anzahl von Pilzformen aufweisen muss, ist selbstverständlich. Dass ausser den mikroskopisch kleinen Bacillen- und Coccenformen auch die allgegenwärtigen Hyphomycetenformen der Aspergillien und Mucorineen ihre Sporen im Secret der Nasenhöhle deponiren, ist bekannt. Bemerkenswerth ist, dass ich in einem Fall von Lupus und Ozäna mit grossem Defect am Septum narium bei wiederholter Cultur stets einen schön weissen Mucor züchten konnte, der am meisten dem Mucor ramosus entsprechen dürfte. Aus den Culturen der Ozäna konnte ich folgende Formen nachweisen:

1) Mittelgrosse Monococcen.
2) Mittelgrosse Diplococcen.
3) Auffallend dicke, runde Monococcen.
4) Mittelgrosse Bacillen, welche in der Grösse ungefähr denjenigen entsprechen, welche ich bei Culturen von Eiter aus der Paukenhöhle nachweisen konnte.
5) Dickere Bacillen.
6) Auffallend dicke, grosse, bald tonnenförmige, bald ovoide, sporenbildende Bacillen, welche nach der Beschreibung am meisten mit dem Bacillus der Buttersäuregährung, wie sie in Fränkel's Bacteriologie (§ 182) zu lesen ist, Aehnlichkeit haben. In alter Cultur nehmen diese Bacillen eine mehr rundliche Form an. Der gleiche Bacillus Chlostridium butyricum (?) fand sich noch mehr bei der nicht fötiden hypertrophirenden Rhinitis chronica. Im Ganzen fand ich ihn bei 4 Culturversuchen verschiedener Kranken.
7) Die gleichgrosse Bacillenform in Ketten von zwei bis vielen Stäbchen.

Bei nicht fötider Rhinitis fand ich ausser Chlostridium butyricum kleine Bacillen und die Rosenbach'schen Staphylococcus hyogenes albus, citreus und aureus neben einander. Culturen stets auf Agar-Agar, in einigen Fällen auch auf Gelatine, die verflüssigt wurde. Bei Ozänaculturen konnte ich in Secundärculturen fötiden Geruch constatiren; in einem Falle wurde Agar-Agar opalescirend.

8) Leptothrixfäden.

5) Dr. Hessler: Warzenfortsatzaffectionen bei Kindern. Wir unterscheiden verschiedene Arten von Mittelohr-Catarrhen, die sich durch den klinischen Verlauf wie durch die anatomische Ausbreitung wesentlich von einander unterschieden. Der einfache acute Mittelohrcatarrh ist der günstigste, der am raschesten verläuft und nur oberflächliche Schwellungszustände in der Schleimhaut macht. Bei der Mittelohreiterung sind die anatomischen Vorgänge schon tiefer in der Schleimhaut, oft bis in den Knochen hinein und wesentlich andere und schwerere als beim Catarrh. Nichts steht der Annahme entgegen, dass es noch eine höhere, dritte Reihe der Entzündung giebt, die nur secundär und symptomatisch in der Schleimhaut abläuft, in der Hauptsache aber primär den Knochen ergreift. Die Ostitis entspricht dann einer Osteomyelitis, sie kommt nur am noch im Wachsthum begriffenen Knochen vor und führt in der gleichen Weise zu Destructionen, die sich durch eine Gleichartigkeit in einer weiten Ausdehnung characterisiren.

Digitized by Google

Die acute Mittelohrexsudation ist zu Anfang rein serös, später mehr eiterig oder fibrinös, und nicht so exquisit schleimig, als beim genuinen Catarrh; sie ist symptomatisch mehr secundär, wie die Ergüsse in die nahen Gelenke bei der Osteomyelitis, gewiss nicht primär und die Hauptsache.

Diese Otitis acuta, die als eine acute Infectionskrankheit sich characterisirt, wurde an zwei Fällen in ihrem ganzen Verlaufe bis zur anatomischen Controle bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes verfolgt. Der erste Patient, ein 7jähriger Knabe, der am 23. Juni 1886 in Behandlung kam, hatte sich durch Erkältung Husten mit Fieber geholt. Erscheinungen seitens eines Mittelohrcatarrhs waren erst nach 8 Tagen auffällig. Rechts mehr seröse, links serös-eiteriger Catarrh. Warzenfortsatz nicht geschwellt, aber an einer pfenniggrossen Stelle druckempfindlich. Im Gehörgang besonders die Hinterwand geschwellt. Blutegel und Derivantien erfolglos. Paracentese entleert links reichliche, serös-eiterige Flüssigkeit und bringt sofort wesentliche Erleichterung im Kopf und Allgemeinbefinden, die nur von kurzer Dauer. Bei der Aufmeisselung am 8. Juli zeigt sich Periost fest aufsitzend, und Knochen äusserlich nur wenig durch Gefässlöchererweiterungen verändert. Unter dieser, mehr normalen Decke, finden sich die diploëtischen Knochenmaschen ausgefüllt von speckigen, blassgelbröthlichen, schlaffen Granulationen, missfarbigem Eiter in geringer Menge. Die ganze Knochendecke wird weggemeisselt und das Antrum mastoideum erst in bedeutender Tiefe eröffnet. Die Trommelfellöffnung schloss sich bereits am 3. Tage. Erst nach 10 Tagen kamen die ersten Granulationen aus dem Knochengrunde herausgewuchert. Das Wasser floss im Strahle durch die künstliche Knochenfistel und aus der Nase ab. Heilung nach 5 Wochen. Nach einem Jahre nochmalige Anschwellung der Narbe, angeblich nach Trauma, ohne zu abscediren.

Im zweiten Falle, einen 5jährigen Knaben betreffend, handelte es sich um einen acuten linksseitigen Mittelohrcatarrh bei adenoiden Vegetationen des Rachens, mit Spontandurchbruch durch das Trommelfell. Sehr bald war der Warzenfortsatz in seinem ganzen Umfange sehr empfindlich und geschwollen. Bei der Aufmeisselung, am 14. Juli 1886, war der Knochen schon äusserlich leicht verfärbt und vielfach fein durchlöchert. Auch hier derselbe Befund wie im ersten Falle und in Folge dessen dieselbe Ausdehnung des Eingriffs. Am 7. Tage schloss sich die Trommelfellöffnung. Erst am 17. Tage kamen die ersten kümmerlichen und nicht so frischrothen Granulationen, wie sonst bei Kindern. In der Folge sah man deutlich, wie sie von der Peripherie her über den Knochen hinweg sich legten. Der Fistelgang wollte sich nicht überhäuten, und schloss sich erst gegen Anfang December. Nach einem Vierteljahr Schwellung der Narbe. Bei der Incision zeigte sich der Knochen in der alten Weise und weithin acut cariös verändert. Bei der Wegmeisselung wird die Dura mater an zwei Stellen in Bohnengrösse blossgelegt. Nun kamen die ersten Granulationen gar erst in der 3. Woche nach der Operation. Später zeigten sich in der schlaffen Granulationsfläche viele hirsekorngrosse und wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Defecte, in deren Grunde ein cariöses Knochenstück sich sondiren liess. Locale Sublimatbäder, Jodkali, Jodeisen, Soolbäder ohne Einfluss. Erstere machen die Fistel zuschwellen, und erschweren die

Digitized by Google

Nageleinführung, gelegentlich derselben am 9. Juli cr. acute Hirndruckerscheinungen, Schwindel, Uebelkeit, länger dauerndes Erbrechen, wohl durch Druck des Nagels auf das Gehirn, das durch den künstlichen Knochendefect hindurch gewachsen. Auch jetzt keine Neigung zur Ueberhäutung der Knochenfistel.

Diese acute Ostitis ist eine acute Infectionskrankheit. Der sie begleitende Nasen-Rachen-Ohrcatarrh steht in keinem causalen Zusammenhange, sondern ist eben so rein symptomatisch wie beim Typhus und den Masern. Der Umstand, dass objectiv der Beweis vom Fehlen einer frischen Schleimhautschwellung geführt werden konnte, sowie die eigenthümliche Beschaffenheit des Mittelohrsecrets, das nie rein schleimig wurde, sondern mehr serös-fibrinös blieb, sprechen dagegen, dass es sich um die übliche eiterige Schleimhautaffection im Mittelohr gehandelt habe. Ferner war der Knochen nicht, wie bei dem Empyem der Warzenfortsatzhöhle, an der ganz bestimmten Stelle und nur circumscript cariös verändert, sondern weithin in demselben Zustande der cariösen Einschmelzung. Reiner Eiter fand sich bei der Operation fast gar nicht. Und wie wesentlich anders hier der Verlauf der Granulirung und Ueberhäutung des Knochendefectes, was sonst bei Kindern so rasch zu gehen pflegt. Die ersten Granulationen erst am 10. und 17. und gar 21. Tage nach der Operation!

Ist nun die Knochenaffection eine primäre, nicht secundäre nach Mittelohreiterung, gegen welche die locale Kälteeinwirkung so recht angebracht ist, freilich oft ohne den gewünschten Erfolg, muss auch die Therapie eine wesentlich andere und mehr acute und eingreifendere werden als bisher. Sind locale Blutentziehungen, Eisbeutel nach 8 Tagen ohne Wirkung geblieben, so ist der Wilde'sche Schnitt mehr bei der periostalen Form und die Aufmeisselung mehr bei der ostalen Form allein am Platze. Gerade dieses therapeutischen Gesichtspunktes wegen, erlaubte ich mir, die Aufmerksamkeit auf diese neue Auffassungsweise über diese Ohrknochenaffection hinzulenken.

Dr. Koll (Bonn) macht darauf aufmerksam, dass bei den acuten Warzenfortsatzaffectionen der Kinder die feuchte Wärme sehr gut vertragen wird, und durch Anwendung derselben in manchen Fällen ein operativer Eingriff vermieden werden kann. Bei der Zartheit der Integumente ist sehr leicht Fluctuation zu constatiren, doch geht die Anschwellung des Warzenfortsatzes öfter sehr bald zurück, indem die Secretion durch die Wärme angeregt wird und zur Entleerung durch den Gehörgang führt.

Dr. A. Hartmann dankt der Versammlung für die rege Theilnahme an den Vorträgen, sowie für den freundschaftlichen und anregenden Verkehr der Anwesenden.

Dr. Wolf spricht den 3 Vorsitzenden den Dank der Versammlung aus. L—g.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Zweiter Jahresbericht der Halsabtheilung des deutschen Dispensary in New-York. Von J. W. Gleitsmann in New-York. (New-Yorker Medicinische Presse, April 1887.)

Der Bericht classificirt 22 Krankheiten des Pharynx mit 969 Patienten

Digitized by Google

20 solche des Larynx und der Trachea mit 321, 20 der Nase und des Nasenrachenraumes mit 421, und 12 der Mundhöhle und Varia mit 59 Patienten. Summe: 1770 Patienten. (Namen der behandelnden Aerzte? Ref.)

Bei granulöser Pharyngitis wurden befriedigende Resultate mit Application der Chromsäure erzielt, welche anstatt an das Instrument angeschmolzen, in eine kleine becherförmige Vertiefung eingerieben wurde, und noch bessere durch Anwendung der Galvanokaustik.

Nach Tonsillotomie trat einmal gefahrdrohende Blutung auf, welche durch ungefähr 10 Minuten lang ausgeübten Fingerdruck gestillt wurde.

Bei folliculärer Tonsillitis führte G. häufig zu fast augenblicklicher Erleichterung der Patienten multiple Scarificationen aus, doch wurde ihm dieser Eingriff freilich nicht in jedem Falle gestattet.

In Bezug auf die Milchsäure sagt Verf., dass sie „ein werthvolles Mittel bei Ulcerationen ist, jedoch die Bildung neuer Geschwüre und Infiltrationen nicht hindert und weniger zufriedenstellend bei Infiltrationen wirkt, die noch von unversehrter Schleimhaut bedeckt sind."

Einem 25jährigen Dienstmädchen, das bei gleichzeitig bestehender Acne rosacea an obstruirender Hypertrophie des Schwellgewebes der Nase litt, wurde durch energische Chromsäureätzungen innerhalb der Nase nicht blos dieselbe für die Luft wieder durchgängig gemacht, sondern Patientin wurde durch diese Behandlung auch ihre Acne wieder los.

Zum Schluss wird von einem Fall von Cyste der Bursa pharyngea bei einem erwachsenen Manne, welche auf galvanokaustischem Wege eröffnet wurde, und von einem Fall von fibromucösem Polypen des Nasenrachenraumes bei einem 14jährigen Knaben ausführlich berichtet. Der letztere wurde durch öfters wiederholte Aetzungen mit dem galvanocaustischen Messer zum Schwinden gebracht. A. Sch. (N.-Y.)

Bericht über fünfzig mittelst Intubation behandelte Fälle von Croup. (Fifty Cases of Croup in Private Practice Treated by Intubation of the Larynx, with a Description of the Method and of the Dangers Incident Thereto.) Von Joseph O'Dwyer in New-York. (Med. Record, 29. Oct. 1887.)

Die 50 Fälle fallen auf die Zeit zwischen December 1885 und December 1886, und stammen alle aus O'Dwyer's Privatpraxis. Verf. hebt ausdrücklich hervor, dass sämmtliche „verzweifelte" (desperate) Fälle waren. Es starben von ihnen 38. Bei 18 war der diphtheritische Process bis in die Bronchien vorgedrungen, 5 starben an Erschöpfung, 5 an nephritischen Complicationen, 4 an Pneumonie, 3 an Sepsis, 1 an Lungenödem und in zwei Fällen blieb die nähere Todesursache unbekannt. Section wurde in keinem einzigen Falle gemacht.

Der Artikel enthält fernerhin eine ausführliche Anweisung über die Anwendung des O'Dwyer'schen Intubationsapparats. Verf. pflegt seine Röhren vor der Einführung mit Gelatine zu überziehen, der etwas Borsäure zugesetzt ist. Zusatz von Cocain unterdrückt den Husten, was nicht wünschenswerth ist.

Die nach Intubation sowie die nach Tracheotomie häufig auftretende Pneumonie führt O'Dwyer auf die herabgesetzte Expulsionskraft beim Hustenact zurück, nicht auf das sogenannte Verschlucken.

Digitized by Google

Der Artikel schliesst mit einer Aufzählung der Gefahren, die während der Einführung der Röhre drohen. Das Verfahren selbst nennt O'D. ein durchaus nicht so leicht ausführbares, wie es von verschiedener Seite dargestellt wird. A. Sch. (N.-Y.)

Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung. Von Theod. Heryng. Stuttgart, Enke. 1887. XVI. 192 Seiten. 3 Tafeln Abbildungen.

Das wirklich epochemachende Werk des Verf.'s zu besprechen, ist dem Ref. ein wahres Vergnügen gewesen, denn das Werk ist ein Zeugniss eines mühevollen und ausdauernden Fleisses, umfassender Kenntnisse in Literatur, pathologischer Anatomie und Histologie und grosser practischer und technischer Befähigung.

Durch die systematisch fortschreitende Anordnung des Stoffes ist dasselbe sehr klar. Verf. zieht alle einschliessenden Fächer der Medicin mit grosser Gewissenhaftigkeit in Betracht. Mit bewusster, auf gründlichem Studium beruhender Kühnheit bekämpft er die schreckliche Krankheit mit gutem Erfolge, 27 länger oder kürzer dauernde Heilungen von 35 gut beobachteten Fällen sprechen zu seinen Gunsten.

Ref. will versuchen, den Gedankengang des Verf.'s in seinem Buche kurz zu zeichnen:

Verf. hat die Entstehung der tuberculösen Ulcerationen und Infiltrationen dadurch, dass die Bacillen in die Epithelien der Ausführungsgänge der Schleimdrüsen eindringen, microscopisch nachgewiesen. In einem Vorwort beschreibt er die Ansicht der Autoren über die Entstehung der tuberculösen Geschwüre; er theilt sie auch in oberflächliche und tiefe; eine chronische, besonders bei Phthisis fibrosa vorkommende Form zeichnet sich durch tiefe Substanzverluste bei erhöhten Rändern aus, in denen Tuberkel eingelagert sind; sie ist im Ganzen gutartiger.

Verf. hält die Larynxphthise mit Orth für ein locales Leiden, die Existenz der primären ist nachgewiesen; von ihr aus kann Infection der Lungen stattfinden.

Die catarrhalischen (erosiven nach Virchow) Geschwüre entwickeln sich aus Pachydermia desquamatiqua. Sie können, ebenso wie syphilitische, tuberculös inficirt werden; bei den catarrhalischen ist es aber sehr selten.

Verf. bespricht sodann die Heilbarkeit der tuberculösen Larynx- und Pharynxgeschwüre anatomisch und histologisch unter Zugrundelegung zweier geheilter Larynx- und dreier Pharynxtuberculosen; letztere war wahrscheinlich von Kehldeckelgeschwüren übertragen. Spontanheilungen sah er unter 1200 Fällen 7 Mal.

Der zweite Theil ist der Behandlung gewidmet.

„Man muss trachten, durch möglichst energisches Zerstören resp. Entfernen des tuberculösen Infiltrates und seiner Producte, Alles was krankhaft und degenerirt ist, zu beseitigen, die Ulcerationen in gutartige umzuwandeln und ihre Heilung zu beschleunigen, ferner durch Anregung der Vernarbung dieser Geschwüre, durch Beseitigung der sie begleitenden Entzündungszustände die Dysphagie erfolgreich zu bekämpfen und ihre eminenten Gefahren einzuschränken."

Digitized by Google

Zuerst werden die mit Milchsäure, nach Krause, erzielten Resultate besprochen. Die danach entstehenden Vernarbungen gleichen sehr noch bestehenden Geschwüren (! Ref.). Man unterscheidet sie durch Abwischen mit einer mit Watte armirten Sonde: noch bestehende Geschwüre färben die Watte blutig. Verf. erzielte damit unter 18 Fällen 11 Heilungen von 1—33monatlicher Dauer.

Die Infiltrationen bekämpft er mittelst energischer Scarificationen. (Ref. freut sich, darin eine Anerkennung des Nutzens der von ihm empfohlenen grossen Scarificationen zu finden, die so oft ohne practische Erprobung verurtheilt wurden.)

Die Schwierigkeit, die histologisch von ihm nachgewiesenen, tief im Gewebe sitzenden Tuberkel durch die seitherigen Methoden zu erreichen, führte den Verf. zu ausgedehnten Versuchen mit dem Cürettement. An den Stimmbändern und dem freien Theile des Kehldeckels ist das Verfahren nicht anzuwenden, da die Theile zu nachgiebig sind (Ref. hat die Stimmbänder wiederholt mit gutem Erfolge cürettirt). Auf 14 cürettirte Patienten (12 im Larynx, ein in der Nase, 1 an der Zunge) erzielte Verf. in 9 Fällen vollständige Vernarbung, einmal konnte er die Tracheotomie umgehen.

Ganz neu sind die vom Verf. empfohlenen submucösen Injectionen einer eigens angefertigten Jodoformemulsion zur Behandlung der Infiltrationen der Arygegend, wenn keine Geschwüre vorhanden sind. Der Gefässe, Knorpel und Nerven wegen muss man sie an der pharyngealen Fläche der Larynxhinterwand machen. Es werden bei der Gelegenheit die neueren Arbeiten über die aseptische Wirkung des Jodoforms besprochen. Am freien Theile des Kehldeckels scheint Verf. Injectionen von Milchsäure vorzuziehen. Alle diese Manipulationen zusammen bilden das, was er die chirurgische Behandlung der Larynxphthise nennen möchte.

Prognostisch hat die Kehlkopfschwindsucht durch die neueren Behandlungsmethoden sehr gewonnen. Kapitel über die Prophylaxe und die allgemeine Behandlung schliessen das interessante Buch. Beigefügt sind drei Tafeln mit macro- unn microscopischen Abbildungen von Heilungsfällen, die dritte zeigt Abbildungen der vom Verf. empfohlenen Instrumente.

Wer in Zukunft noch Larynxtuberculose behandeln will, muss dies Werk genau kennen und trachten, sich die Technik des Verfahrens anzueignen; daneben auch eine gewisse Kühnheit, denn der Hauptfehler bei dem Verfahren ist nach mündlicher Mittheilung des Verf.'s, wenn man zu zaghaft cürettirt.

Ref. kann nach eigenen Erfahrungen Verf.'s Angaben über die Wirksamkeit der Methode bestätigen. Dr. M. Schm.

Mycosis und Tuberculosis laryngea. (Mycose et tuberculose laryngées.) Von Dr. Ariza. (Revista de laring.. otol. y rinologia, tome II, No. 4, und Revue mensuelle de laryngologie 1887, No 4.)

Verf. theilt eine Krankengeschichte mit, wo eine Larynxtuberculose der Localbehandlung wich, während die Epiglottis nicht heilte; nach genauerer Uutersuchung fand man, dass die Epiglottis mit Mycosispilzen besetzt war. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die Entzündung der Cricoarytaenoidalgelenke bei beginnender Larynxtuberculose. (De l'arthrite cricoaryténoidienne au début de la tuberculose laryngée.) Von Dr. Cartaz. (France médicale, Novembre 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 2, 1887.)

Wenig beachtet, kommt diese Entzündung und damit die Unbeweglichkeit des betreffenden Stimmbandes dennoch häufig vor. Bei beginnender Tuberculose ist diese Arthritis seltener. Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle und betont, dass beginnende Arthritis sehr oft den Ursprung einer Stimmbandlähmung bilde. Dr. P. K.

Ueber die Unwirksamkeit der Milchsäure bei Behandlung der Larynxphthise. (Sur la valeur négative de l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée.) Von Dr. Masini. (Bolet. della mal. dell' orecch., Mai 1886, und Revue mensuelle de laryngologie No. 2. 1887.)

Schmerz, in einem Fall eine Larynxblutung, in einem anderen Falle ein beunruhigender Larynxkrampf, entmuthigten den Verf., die Milchsäure in hohen Dosen zu gebrauchen (20, 40, 80 pCt.). Schwache Lösungen helfen in keinem Fall. Jodoform in Aether gelöst scheint Verf. besser zu sein. Da man im Allgemeinen die Caustica bei localer Behandlung der Larynxphthise verworfen hat, weshalb soll man wieder zur Milchsäure greifen. Hoffentlich wird sie, trotz der Anpreisungen von Hering, bald allgemein verworfen werden. Dr. P. K.

Ueber ein neues Kapitel der Larynx-Chirurgie. Von Dr. Jelenffy in Budapest. (Wiener med. Wochenschrift No. 41, 1887.)

V. berichtet über ein neues operatives Verfahren bei dem Vorfalle der Schleimhaut des Morgagni'schen Ventrikels.

Er sagt, die Prognose quoad vitam et salutem sei bei dem beiderseitigen Vorfalle etwas bedenklich, da eine eventuelle Entzündung Gefahr bringen konnte; bei einseitigem Vorfalle sei dieselbe gut; quoad vocem jedoch war sie bis nun in allen Fällen schlecht. Er hoffe, dass sie von nun an in allen Fällen und in jeder Hinsicht gut sein werde. Er ging von dem Gedanken aus, die Ernährung der vorgefallenen Schleimhaut von dem Ventrikel her unmöglich zu machen und so zum Schwund zu bringen. Er entschloss sich daher, „von dem vorderen Rande des Vorfalles ausgehend und die durch den Rand des falschen Stimmbandes gebildete Stufe als Lineal benutzend, täglich ein paar kleine Schnitte zu machen.“ Der Erfolg entsprach seinen Erwartungen. Die mit dem einzelnen Schnitte correspondirende Schleimhautparthie war bereits je am 3. Tage im vollen Schwinden begriffen, der Schwund folgte überall dem Schnitte nach, so dass nach Verlauf von 10 Tagen die gesammte Geschwulst verschwand, mit Ausnahme einer kleinen Parthie, welche an der Gegend des Stimmfortsatzes polypenähnlich haftete. Diese entfernte V. mit einer scharfen Polypenzange. Nach einigen Wochen wurde die Stimme ganz rein und frei. Diese Operation machte V. in 2 Fällen; er hält die Berechtigung derselben für unbestreitbar, da dieselbe „einen vorausgegangenen logischen Schluss glänzend bestätigte“.

Die Abtragung in einer Sitzung wäre wohl einfacher. (Ref.)

O. Jelinek.

Digitized by Google

Berichtigung.

In No. 10 dieser Monatsschrift habe ich eine Mittheilung über die Verwendbarkeit von Photoxylinlösung zum Verschluss persistenter Trommelfellperforationen publicirt und angegeben, dass die Photoxylinlösung 20 pCt. enthalten hat. Nun stellte sich heraus, dass durch ein Versehen des Apothekers das procentarische Verhältniss falsch berechnet wurde, und die Lösung, mit der ich meine Versuche angestellt habe, nur 10 pCt. Photoxylin enthielt. — Bei dieser Gelegenheit will ich die Methode der Darstellung von 10 pCt. Photoxylinlösung angeben: Es wird zuerst eine 5proctge. Lösung nach der für die Darstellung von Collodium duplex von der russischen Pharmacopoe vorgeschriebenen Formel (Photoxylini 1 Theil, Aether sulf. 18 Theile und Alcohol, 99proctg., 3 Theile) zubereitet, und dann mittelst Refrechisseur bis zu 10 pCt. verdampft. Nur auf diese Weise wird es möglich, eine 10proctge. Lösung derzustellen.

Warschau, den 30. November 1887.

Dr. Guranowski.

Inhalt.

I. Originalien: Freudenthal: Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraums mit Unterleibsbrüchen. (Fortsetzung.) — Zuckerkandl: Ueber Asymmetrie des Kehlkopfgerüstes. — Tsakyroglous: Einige Notizen über Kropf in Kleinasien. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Congress deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden. (Schluss.) — b) Pharyngo-laryngologische: Gleitsmann: Zweiter Jahresbericht der Halsabtheilung des deutschen Dispensary in New-York. — O'Dwyer: Bericht über fünfzig mittelst Intubation behandelte Fälle von Croup. — Heryng: Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung. — Ariza: Mycosis und Tuberculosis laryngea. — Cartaz: Ueber die Entzündung der Cricoarytaenoidalgelenke bei beginnender Larynxtuberculose. — Masini: Ueber die Unwirksamkeit der Milchsäure bei Behandlung der Larynxphthise. — Lichtwitz: Ueber hysterogene, auf der Schleimhaut der obersten Luftwege und der fünf Sinne beobachtete Zonen. — Berichtigung.

☞ Dieser Nummer liegt das Sach- und Namen-Register des Jahrgangs 1887 bei.

Wir bitten um baldgefällige **Erneuerung des Abonnements** auf den mit Januar 1888 beginnenden **zweiundzwanzigsten Jahrgang dieser Monatsschrift** bei den Postämtern, Buchhandlungen sowie der unterzeichneten Expedition.

Berlin N., December 1887.

Expedition

der „Allgemeinen medicinischen Centralzeitung“

Oranienburger Strasse 43.

Zur gefälligen Beachtung!

Die Herren Mitarbeiter werden **dringend** und **in ihrem eigenen Interesse** ersucht, **otologische** Beiträge und Referate **nur** an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, und **pharyngo-laryngologische nur** an Herrn Prof. Dr. **Voltolini** in Breslau, Fränkelplatz 7, zu senden, da sonst die Veröffentlichung leicht unliebsame Verzögerung erleiden könnte. Alle für die Monatsschrift bestimmten **Druckschriften, Archive** u. **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an die Expedition, Berlin N., Oranienburger Str. 42, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

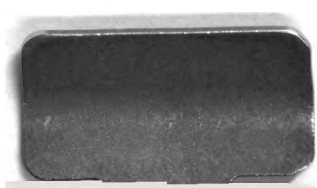
Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07580 3224



Digitized by Google

Digitized by Google